

VILLEGAS
—
SUPURACIONES
PELVIANAS

79-1

~~Dr. Lasso~~

~~Dr. Rodriguez~~

81-1A-n^o 7

Dr. Criado

n^o = 1998

Ca 2387 (1598)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313212969

X-53-380349-6

Supuraciones
Pekianas

Tesis
del
Doctorado

por
Matias Villegas Gil



El siglo XIX en el transcurso de la historia sino brillara por otro género de actividades y progresos en el desarrolladas pasaria como uno de los mas provechosos para el humano desenvolvimiento por solo uno de ellos grandioso y sublime: el paso de gigante de las intervenciones quirúrgicas que como muy bien, en mi concepto, dice nuestro eminente cirujano Cervera en su reciente discurso de recepción como academico de la Real de Medicina: «que repase y compare si fuese capaz de ello la raquítica cirugía de los grandes centros nerviosos, la abdominal y torácica de veinte años atrás con la robusta y atlética de los presentes tiempos, y es seguro que el

vértigo experimentado le sería mortal si durmiese durante las dos últimas décadas.»

El valiente apostrofe de Daurer de Hamburgo diciendo que el que no practica el método antiséptico no es un hombre honrado fala norma del pleno convencimiento que en cirugía actualmente existe, de las utilidades que en la práctica reporta el glorioso método que iniciado por el genial Lister ha tenido y tiene como adeptos y creyentes a los que convencidos de su eficacia coadyuvan en la medida escasa o grande de sus fuerzas a perfeccionarlo.

Aquellas dotes excepcionales de verdadero genio de que necesitaban hallarse adornados los cirujanos de la era preantiséptica sino incluso hoy, no son tan indispensable, gracias a la

poterosa ayuda que nos prestan los
medios de esterilizacion de instrumen-
tos, apositos y todo lo que de modo mas
o menos directo se tiene en contacto
del campo operatorio.





Historia

Empezaron por Astruc y Lientaud los trabajos científicos respecto a las infecciones febriles que contemporáneos de Hunter que describe la flebitis (1773) de Assalini y Sæmmering con sus estudios sobre las linfangitis llevaron al terreno clínico el hermoso descubrimiento de los vasos linfáticos realizado por Aselli en 1622.

En este siglo, los nombres de Gase, Laënnec Breschet, Davis Guthrie Dance Lee etc. serán de feliz recuerdo para los que estudien el proceso histórico de la flegmasia alba y peritonitis purulenta.

Stas adelante Allard An-

dra, Gendrin y Velspean describen con rigurosidad de datos las linfangitis.

Monat describe el furo en los linfáticos uterinos a consecuencia del parto.

Crucilhier y Duffau (1834-36) aportando nuevos documentos a la historia de la flebitis, la clasifican como inflamación de las paredes venosas, diciendo con razón Doyen que su mayor mérito es el haber presentado las doctrinas microbianas modernas.

En cambio Bouchut y Virchow creyeron que los coágulos de la flegmasia son primitivos y ellos son los productores de la alteración de las paredes venosas.

Baudelocque y Walter ya estudian y conocen las alteraciones patológicas que en el ovario y trompas sobrevienen a consecuencia de las fle-

6
peritonitis y hace notar el ultimo la
esterilidad frecuente de las mujeres
públicas debida a aquellas.

Risfranc es el primero que
interviene manualmente en las co-
lecciones supuradas del ovario cuan-
do el tumor se adhiere al peritoneo pa-
rietal funcionando como acto explorá-
dor y si hay ocasion la incision direc-
ta por el bisturi y la colocacion de un se-
dal.

Chassaiguac en 1859 describe des-
pues de los flemones de la fosa iliaca,
las supuraciones del ovario y de la
trompa en sus distintas variedades
mencionando la formacion de adhe-
rencias parietales, la abertura de los
focos en el útero, vejiga, vagina, in-
testino, peritoneo y sus accidentes con-
secutivos. Recomienda la incision de
los focos cuando son apreciables y el

emples ya sea de un sedal en V o en
asa pasada por una contraabertura
mediante un trocar curvo.

Chassaiguac pudo así en
ciertos casos conducir la cámbula de
su trocar al través de vasto foco su-
furado desde el fondo de la vagina
hasta el contacto de la pared ab-
dominal anterior, perforar esta úl-
tima y pasar un drenage desde
la región sub-umbilical al fondo
de saco posterior de la vagina.

Siguen en este camino
Siredey con su descripción de las
ovaritis y Gallard (1869).

Letinturier, Horain y Gen-
vre son los precursores mas inme-
diatos de la época actual franca-
mente intervencionista.

Puede decirse que el trata-
miento quirúrgico de las supura-

ciones felianas tan solo data de veinte años.

La ablacion unilateral del ovario hecha por Lawson-Tait (11 de febrero de 1872) para remediar dolores felianos complicados de reflejos nerviosos, parece referirse a un quiste dermoideo de muy pequeño volumen.

Hegar en 1878 aconsejó el primero a fin de no dejar en el vientre una parte del ovario de comprender en el pedículo un fragmento mas o menos largo de la trompa y en 1880 habia practicado cincuenta ablaciones de anejos por lesiones varias.

Stanton hizo en noviembre de 1877 su primera salpingectomia, y en febrero de 1887 el mismo cirujano contaba 77 ablaciones de anejos de los cuales 45 eran unilaterales.

9

Peau en 1882 intervino tres veces; una sola vez en 1883 y tres en 1884.

En seis de estos enfermos se presentaron numerosas adherencias peritéricas.

En 1885 Peau hizo tres nuevas ablaciones de anejos por laparotomía. Al año siguiente volvió a ver uno de sus operados de castración bilateral del año 1882: esta enferma sufría crisis dolorosas mas intensas que nunca. El útero había quedado doloroso, inflamado y se hallaba en retroversión por adherencias felianas.

Peau a por la formal exigencia del médico de la enferma y de la familia» practicó la histerectomía vaginal (16 Febrero de 1886). El 8 de marzo siguiente quitó mediante una incisión del fondo de saco

de Douglas un ovario procedente grande como una mandarina.

El mes de Julio del mismo año hizo una castración bilateral por laparotomía y algunos meses después dos operaciones por la vagina, una ablación de anejos, y una segunda histerectomía vaginal (Noviembre 1886).

Esta segunda operación fue provocada por su éxito del 16 de Febrero e hizo la ablación del útero solo «los anejos estaban sanos». El cuello fue aislado adelante y atrás y separado de la parte interior de los ligamentos anchos previa aplicación de las pinzas hemostáticas.

Peán hizo entonces bascular el útero hacia atrás y lo extirpó, ligó los ligamentos anchos y cerró la herida peritoneo-vaginal con cuatro asas metálicas.

(1) V Cliniques tome VII p. 833.

El 12 de Diciembre de 1887 operó por la vía vaginal un caso de endometritis con salpingitis, pelvipuerantitis y quistes supurados de los dos ovarios, el útero voluminoso, inflamado, doloroso, estaba inmovilizado en medio de tumores semiliquidos, tomados por otros médicos por quistes tubéricos, y por lo que se había propuesto la laparotomía.

Pean reconoció además de la endometritis y salpingitis concomitantes, un quiste de ovario izquierdo inflamado subiendo hasta el ombligo e hizo la ovario-histerectomía vaginal, practicó la ablación del útero mediante la sección bilateral del cuello y del cuerpo, hizo bascular el fondo del útero, y lo quitó gracias a la aplicación de quince pinzas viendo entonces que los dos ovarios eran quistes.

ficos. y unidos a los órganos vecinos por adherencias múltiples. Funcionó aquellos los aisló con el dedo y los escindió con las trompas aplicando sobre su pedículo tres nuevas finas. Los ovarios contenían; el izquierdo dos vasos de fus. y el derecho cinco vasos.

El 20 de Diciembre siguiente Pean operó por la misma vía una mujer afectada de metritis interna, salpingitis y un quiste ovarico izquierdo abierto en el recto.

Pean hizo la escisión del cuello por que era muy friable. y después de haber quitado el útero previa aplicación de diez finas permanentes. reconoció el ovario izquierdo quístico y las trompas en medio de adherencias generales: el tumor ovarico fue funcionado dando salida

a un vaso de líquido seroso; esta abertura ensanchada con una fin-
za larga. Pean comprobó una se-
gunda cavidad que dió por funci-
on medio litro de pus mezclado con
materias fecaloideas y gases, sacó
a continuacion un litro de líquido
cremoso, espinó las trompas que
contenian medio vaso de pus cada
una y las dejó en su lugar asi
como el ovario derecho teniendo cui-
dado de resecar sin romper las
adherencias superiores los colgajos
del quiste ovárico supurado y de
suturar a la herida vagino-peri-
toneal lo conservado.

Estas dos primeras ope-
raciones se refieren, dice Pean, a
quistes ováricos supurados y no
a ovario-salpingitis.

Pean no aplicó la castra-

cion uterina al tratamiento de las supuraciones febriles primitivas hasta el 6 de Marzo de 1888. repitiendo esta operacion el 2 de Junio y 30 de Agosto del mismo año.

En esta época las ablaciones de anejos se hacian apenas en Francia.

Lamson fait tenia la reputacion de curar por la paratoma, la peritonitis supurada.

El 2 de Julio de 1890 fue llevada a la sociedad de Cirujia de Paris la cuestion de las supuraciones febriles por una comunicacion de M. Bouilly sobre el tratamiento por incision vaginal de una variedad de salpingo-ovaritis supuradas.

Pean el 8 de Julio siguiente hizo a la Academia sufi-

mera comunicacion sobre el tratamiento de las supuraciones de origen uterino. teniendo por sitio, el utero y sus anejos.

« El punto de partida de lesiones pefricas siendo lo mas frecuente el utero. Pean recomienda dirigirse en primer lugar a la endometritis primitiva. Los topicos astringentes, la dilatacion, el legrado bastan en los casos en que la mucosa uterina esta solamente afectada. Si la supuracion ha invadido los anejos y la pequena pelvis, es preciso recurrir ora a la incision vaginal y al drenage, ora en los casos graves a la estirpacion total del utero y si es posible de los anejos.

Pean practica a este efecto la desinsercion del cuello,

después la abertura de los fondos de saco peritoneales, y la prehension progresiva de abajo arriba de uno de los ligamentos anchos, teniendo la precaución de seccionar las partes aisladas por cada a finza antes de aplicar una nueva. Se hace en seguida bascular en la vagina el fondo del útero, y se coge de arriba abajo el otro ligamento; después se libera el útero. Sean rechazada la forcifresura en masa de abajo arriba de los ligamentos anchos. En los casos difíciles la seccion progresiva de abajo arriba de uno de los ligamentos, aunque muy ventajosa, no permite siempre quitar el útero íntegro: es preciso recurrir al morcellément.

Cuando el útero ha sido

extraído, es fácil darse cuenta del estado de los anejos, y de escindirlos si fuere necesario. Las fistulas vesicales y rectales y la extension de las bolsas furulentas no son una contraindicacion de la hysterectomia, muy al contrario: la castracion uterina por la vagina termina Pean, es la operacion del porvenir; es la salvaguardia a la vez de la reputacion del cirujano y de la salud de los enfermos.» (1)

La comunicacion de Bouilly a la Sociedad de Cirujia y la de Pean a la Academia, provocaron ante la primera de estas Sociedades una discusion en la cual tomaron parte Gerillon, Genier, Porzi le Dentu, etc. Gerillon dijo que despues de haber te-

(1) Bullet. med., 1890. p. 633.

nido algunos fracasos con la incision vaginal trataba, desde 1887, al ejemplo de Harrison Keith las supuraciones plevianas por laparotomia. Primeramente hacia la incision simple y la limpieza de las bolsas supuradas, despues viendo que podian ser estirpadas hizo la decorticacion desde 1888 y obtuvo asi exitos mas rapidos. Gervier es de la misma opinion, y piensa que una temperatura de 40 grados, no es una contraindicacion de laparotomia. Admite la histerectomia vaginal preconizada por Pean como superior a la simple incision vaginal, pero la considera inferior a la laparotomia.

Las comunicaciones de Pean a la Academia y al Con-

greso de Berlin, quedaron entonces sin gran eco hasta la comunicación de Segond el 25 de Febrero de 1891 a la Sociedad de Ginecología.

M. Segond poco después de la primera comunicación de Pean había asistido a una de sus operaciones de castración uterina. Admirado por las ventajas de este procedimiento, lo llevó a la práctica el 9 de Agosto siguiente. Había hecho 23 veces esta operación cuando la propuso a la Sociedad de Ginecología como procedimiento de elección en los casos de supuraciones pelvianas. Gervillon hizo su primera histerectomía vaginal por lesión peritoneal supurada el día mismo de la comunicación de Segond y lo comunico a la Sociedad en

la misma seccion: la nueva operacion debia ser objeto de muchos ataques y Richelot el 14 de Marzo siguiente declaró que aunque el habia hecho 18 veces desde dos años ha, la histerectomia vaginal en casos de fibromas de neuralgias y prolapsos él es partidario esclusivo de la laparotomia por lesiones anexiales, y tan solo emplea la castracion uterina en algunas formas raras de supuraciones plevianas: «todo debe ser sacrificado, dice, excepto la vida del enfermo a la extirpacion de las bolsas purulentas, en la actualidad son partidarios decididos de la laparotomia, Reclus, Gervillon, Gervier, Bouilly, Lucas, Championniere, Bacy, Rutier etc.

Etiología y Patogenia.

El papel importantísimo que los linfáticos desempeña en la patogenia de las lesiones peritoneas ha sido estudiado detenidamente desde Lucas Championniere que en 1890 describió la disposición de las redes linfáticas superficiales y profundas del útero y sus anejos, y demostró que se les había a menudo confundido con las venas cuando se atribuían a estas un papel predominante en la patogenia de las inflamaciones peritoneas.

Señala la presencia sobre los lados y por detrás del cuello del útero de un ganglio linfático y de otros mas numerosos desemi-

nados en las paredes pelvianas.

Alfonso Guerin señala otro ganglio en el agujero obturador y que segun él desempeña el principal papel en la produccion de los flumones que denominó yusta-pelvicanos.

Sappey niega que el ganglio de Guerin exista y cree que los vasos linfáticos del útero designan en los ganglios proximos a la arteria iliaca primitiva y en los ganglios lumbares. Los linfáticos de la mucosa añade van a un ganglio pequeño y no constante cerca de la insercion de la vagina sobre el cuello.

Pero quien en nuestro concepto ha estudiado con mas detenimiento la red linfática del aparato genital femenino, es Poirier

quien publicó en el Progres Medico el resultado de mis observaciones.

Los linfáticos de la vulva segun él van a los ganglios inguinales.

Los de la parte media de la vagina siguen la arteria vaginal y desaguan en el ganglio inferior del flexo iliaco situado en el origen mismo de esta arteria.

Excepcionalmente se encuentra sobre su trayecto un pequeño ganglio al nivel del tabique recto vaginal.

Los linfáticos de la parte superior de la vagina y los del cuello del útero equinarian a lo largo de la arteria uterina pasan con ella por detrás del ureter y siguen el borde inferior o perineal del

ligamento ancho para ganar en seguida su borde lateral o pelviano y abocar a los ganglios ilíacos de los cuales el más elevado está situado en el nivel del estrecho superior en el ángulo de bifurcación de la iliaca primitiva.

Los otros menos voluminosos están colocados en la cavidad pelviana a lo largo de la arteria hipogástrica al nivel del borde del ligamento ancho. El ganglio que recibe los linfáticos de la parte media de la vagina, y que está situado en el origen de la vaginal en medio de la rama de la hipogástrica, forma el límite inferior de este grupo.

La distancia de los bordes del útero a las paredes pel-

rianas variando entre 3 a 5 centímetros puede ser ocupada por uno de estos ganglios hipertrofiados.

Contra lo afirmado por Guerin, no existe ganglio al nivel del agujero sub-púbico: tampoco cree hay sobre el lado y por detrás del cuello por encima del fondo de saco vaginal lateral.

El ganglio mas cercano al agujero oval está situado de 15 a 20 milímetros por detrás y a lo largo de la vena iliaca externa.

Otro ganglio está ordinariamente en la longitud de los vasos obturadores a 3 centímetros por detrás del agujero sub-púbico.

Estos ganglios están situa-

dos en la cavidad misma de la pelvis cerca de su borde superior en contacto con la cara posterior del fúbis pero no reciben troncos linfáticos mas que de la cadera.

Bien es cierto que pueden sufrir al mismo tiempo que los ganglios uterinos que les están unidos por un plexo anastómico de una extrema riqueza.

A los lados del cuello existen no un ganglio sino un plexo linfático constante susceptible de inflamarse.

Los linfáticos del cuerpo del útero añade Poirier convergen hacia los cuernos uterinos para formar dos ó tres troncos voluminosos que se enlazarán con los vasos útero-ováricos en el borde superior del ligamento

ancho y caminan mas cerca del ovario que de la trompa en el fondo del canal formado por el repliegue mediano y el posterior del peritoneo pelviano.

Ellos reciben de la trompa dos o tres troncos linfáticos incluídos en el repliegue tubárico.

Los troncos linfáticos voluminosos que vienen del ovario se juntan á los vasos eferentes del útero y no se anastomosan con ellos hasta el nivel de la quinta vertebra lumbar. Todos estos vasos desaguan en los ganglios lumbares situados al nivel del borde inferior del riñon por delante de la vena cava y de la aorta.

Algunos linfáticos del útero desaguan en los ganglios inguinales siguiendo á lo largo del

ligamento redondo.

Los grupos lumbares e iliacos están reunidos por una cadena no interrumpida de ganglios enlazados por numerosas flexas y situados a lo largo de la aorta y de la iliaca primitiva.

Los dos grupos de linfáticos uterinos el superior y el inferior están unidos por numerosas anastomosis intrauterinas pero sobre todo por un gran tronco flexuoso que sigue por las partes laterales del cuerpo del útero el trayecto de la arteria uterina.

La red linfática del revestimiento seroso del útero comunica con los troncos subserosos. Esta red es el origen de neoformaciones linfáticas donde se asientan

las adherencias felianas patológicas.

Una vez conocida la disposición de la red linfática en el aparato genital femenino tratemos de indagar la verdadera patogenia de las salpingitis y ooforitis supuradas, así como de las feli-peritonitis consecuencia muy frecuente de aquellas.

¿ Hay propagación sucesiva de mucosa o bien se trata siempre de una infección por vía linfática. ?

Poirier, Genillon, Guérin, Grélat, Rouvier, etc, creen en lo primero, y sus argumentos dice Poirier no han conseguido destruir las ~~convicciones~~ convicciones de Lucas Championniere que per-

siste « en creer infantil materia que reposa sin embargo sobre la observacion y la anatomia verdaderas para simplificarla por otra basada en errores anatomicos »).

« Vosotros creemos con Boyen que en casi todos los casos por lo menos en todos, la inflamacion se propaga simultaneamente por las vias mucosa y linfatica, con predominio mas o menos acentuado de una via o de otra.

Estudio bacteriológico de las supuraciones plevianas.

En la salpingitis y ovaritis supuradas y en general en todas aquellas infecciones del peritoneo pleuriano existen especies de bacterias: en primer lugar figuran el *Streptococcus pyogenus* que segun los experimentos de Widal, Doyen, Steffen, Walthard es el agente exclusivo de la fiebre puerperal en sus manifestaciones mas diversas.

El gonococo es igualmente uno de los agentes mas comunes de las supuraciones plevianas.

Bermutz es el que ha puesto bien en claro la importancia etiologica de la blenorragia en las inflamaciones peritoneales.

Tambien se encuentra en el
fuso de la salpingitis el *Bacterium*
coli que en sus emigraciones desde
la serosa apendicular a la de la
trompa derecha produce salpin-
gitis y pelviperitonitis de las cuales
es ejemplo bien demostrativo una
enfermedad que en este trabajo inclu-
yo.

Siguen a estos el *Staphylococo*
amarillo que no es muy comun:
el *Pneumococo* de Fraenkel hallado
por Doyen en estado de fúriga en
un foco enorme y muy antiguo
que se extendia a la totalidad de
la pequeña pelvis.

El bacilo tuberculoso, el *Cladothrix* y en general todos los mi-
crobios piógenos producen lesiones
peritoneales considerables, pero
por su tipo clinico tan distinto

de la supuraciones febriles los
citamos tan solo sin profundi-
zar mas en su estudio.

Casos Clinicos

Luisa R. natural de Madrid de veinte años. Ha tenido un hijo vivo ninguno muerto y ningún aborto: hace siete meses dio a luz. La menstruación a los trece años.

Antes de quedar embarazada sufría coágulos sanguíneos en la menstruación y tenía dolores en las caderas y bajo vientre que han aumentado de intensidad con presencia de flujo blanco: manifiesta que la primera vez que tuvo contacto sexual tuvo mas úlceras en sus partes y en la garganta con caída del pelo siendo administrados los mercuriales. Locomoción difícil por el dolor.

Diagnostico: salpingitis quística del lado izquierdo.

Tratamiento: irrigaciones calientes y ovulos de iodo; se le propone la operacion.

El dia 25 Marzo del 99 se la opera de histerectomia vaginal total, procedimiento de Doyen.

Los anejos del lado derecho se hallaban quísticos, y los del izquierdo con dos bobas hidró y pio-salpinges superpuestas una a otra lo cual dificultó su evacuacion por sus muchas adherencias y hubo que extraerlas perforando con ellas la misma tecnica que con la estirpacion de matriz.

El curso postoperatorio feliz.

El dia 9 de Abril, alta cicatrizada la herida vaginal.

N. de la R. natural de Madrid
de veintum años de edad.

Ha tenido un parto y actualmente acusa dolores en la region hipogástrica y fosas ilíacas a raíz de un coito habiéndose suspendido la menstruacion desde aquella época (un mes).

Existe fiebre de 39 grados, orina frecuentemente y por tacto vaginal se aprecia una induracion circunferencia mas acentuada en el lado derecho.

El diagnostico fluctua entre hematocele pélvico intra-peritoneal o embarazo ectópico.

Operada el 24 de Febrero de 1900 por eliotomía interligamentaria da salida a mas de medio litro de un liquido claro amarillento

(anmiótico) y con el índice de la mano derecha á guisa de gancho se pone al descubierto la placenta sumamente gruesa que por medio de las pinzas de Ouseux va extrayendose á pedazos taponando, luego de estirpada la placenta totalmente, con gaza yodoformica la cavidad resultante. La enferma se le da de alta el 10 de Marzo despues de haber sido lavada la cavidad quística con la ponda de Doléris los dias siguientes á la operacion.

Genoveva S. natural de Madrid
de treinta y siete años: ha tenido
cinco hijos vivos y tres abortos.

Hace dos meses siente
grandes dolores de vientre, riñones,
caderas, bajo vientre, fosas
ilíacas y hasta el grado que no la
dejan descansar: flujo sanguíneo
constante. Locomoción molesta.

Diagnostico. Salpingitis quística. (?)

Tratamiento. Ungüicaciones
calientes 4 al día: oncos de ictiol
y glicerina tinturas de viburno,
hidratis y estrina 60 gotas al día
reposo en cama. Ingresa en la
Clínica el 3 de Marzo del 99.

El 7 del mismo mes avisa
la enferma que se encuentra
en la cama con fiebre y dolores:

explorada en su domicilio (Calle Wócha) se apreciaba por palpación una tumoración en la región supra-pubiana cuyo límite llegaba muy cerca de la cicatriz umbilical: por tacto vaginal se observa bocado el fondo de saco posterior de Douglas, con la matriz en ante-flexión, temperatura 40°1 pulso 130.

Coinciden todos estos trastornos con la época de presentación de las reglas.

Diagnostico. Hemato-sal-pinx en vías de supuración.

Tratamiento. La lapotomía posterior que dió salida a una considerable cantidad (3 litros) de una sangre negra y de mal olor y con algunos coágulos drenó con gaza: a las dos horas 39°1

disminuyen los dolores.

Así sigue la enferma oscilando la temperatura entre 38 con 5 hasta llegar a 40 el octavo día de la operación e inquietando la causa de esta hipertermia se aprecia una fluctuación algo profunda por detrás del arco umbilical derecho, y propuesta la laparotomía sub-peritoneal es aceptada.

Después de desinfectada la piel se practica una incisión de 5 centímetros en la parte media y por encima del ligamento de Calot sin herir la epigástrica se desprendió hacia arriba el peritoneo y con el dedo índice comprobarse un absceso del ligamento ancho bastante considerable, se introdujo un separador, gasas

que protegieran el peritoneo y procurando hacer lo mas superficial posible la capsula purulenta a favor de la finura de anejos se incendio esta dando salida a una regular cantidad de pus bastante fetido.

Con el indice de la mano derecha introducido por la incision vaginal y el indice de la izquierda metido entre las dos hojas del ligamento ancho separadas por la coleccion purulenta, fundieron tocarse las extremidades de ambos indices: inmediatamente se procedio a la rotura de la capsula por abajo para establecer el desagüe vaginal y la colocacion de dos tubos unidos en cañon de escopeta que desde la incision abdominal llega-

ban hasta la vulva: embutido de la bolsa quística con gasa empapada en una solución a partes iguales de glicerina, alcohol y creosota, algodón y vendaje.

El curso post-operatorio ha sido casi apirético y a los ocho días después de lavados bidu-arios haciendo pasar por los tubos de dos a cuatro litros de agua salada se quitau estos, cicatrizando al poco tiempo las heridas abdominal y vaginal.

Dolores M. de veintiseis años de edad natural de Madrid: ingresa en la consulta del Doctor Camillo el 1.º de Mayo del 99.

Desde hace tres meses que nota dolores en la fosa iliaca derecha muy agudos, exacerbándose en las épocas menstruales y teniendo que guardar cama.

El diagnóstico que se hace es el de Hematocoele intraperitoneal supurado. Propuesta la operación y aceptada, la noche antes tiene un ataque de peritonitis, se abre el hematocoele por el codo, se hace la colpotomía posterior saliendo grandes cantidades de pus cremoso de mal olor: por medio de la sonda de Coleris se le hacen lavados

con agua ligeramente fenicada
y drenaje de gasa yodoformica.
La abertura del colon
se cerró espontaneamente y la va-
ginal a los 28 dias, quedando com-
pletamente curada.

A. G. natural de Segovia de treinta y seis años. Ha tenido un hijo vivo ninguno muerto y tres abortos hace tres años esta enferma, pues tuvo un aborto de 3 meses quedando con dolor fuerte en el bajo vientre, riñones y caderas, y las reglas se adelantaron hasta el punto de tener dos algunos meses.

Diagnostico. Salpingitis quística izquierda.

Tratamiento. Histerectomía vaginal total.

Alta por curación el 27 de febrero.

Carmen C. natural de Benecín (Almería) veintitres años casada, enfermó la menstruación a los 14 años ha tenido un hijo vivo y ninguno muerto. En el primer parto tyfo febre. Al mes siguiente le menstrio suspendiendosele en el otro mes.

Al venir a la consulta acusa dolores en la pierna derecha que le dificulta la locomoción con sensación de peso que se invade al bajo vientre.

Al coñchir de orinar siente un dolor sordo. Por tacto aférase un quumento marcado en la temperatura de la vagina y el fondo de saco lateral derecho aparece bonado por una tumoración dura y dolorosa a la

la presión: sudores y cara de asfixia.

Diagnostico. Glutina entre salpingitis pur-purul quística derecha o embarazo ectópico.

Tratamiento. Se le aconseja la intervencion y antes de recurrir a ella la quietud, ovulos de iodo i irrigaciones y enemas calientes de agua hervida.

Con este tratamiento la tumoracion algo disminuye, pero no reduciendose en totalidad y presentando la enferma un estado de nutrición precario y síntomas de septicemia se insiste en la conveniencia de la intervencion.

Con tijeras a semejanza de Doyen se separa la insercion vaginal posterior a la matriz y se funciona con las mismas

Figuras la cápsula dando salida a regular cantidad de pus cremoso mezclado con alguna exudacion sanguinolenta: drenaje con gasa yodoformica y lavados intracapsulares con la sonda de Coleris.

Asi sigue oscilando la temperatura entre $36.5-38$ durante quince dias y examinada se apreciaba por palpacion una tumoracion adosada al ligamento de Ponsart.

Se le indica la laparotomia transperitoneal que no acepta y a los 10 dias aumenta el enrojecimiento de la piel y el tumor se abre por ella dando salida a gran cantidad de pus.

Lavado y desinfeccion energica del foco y segun mis

noticias (fue la enferma algo re-
fuesta) marchó a Cartagena. Tan-
to quedaba a los dos meses un
pequeño seno abdominal.

Amparo B. natural de Cuba de diez y nueve años. Ha tenido un hijo vivo, ninguno muerto y ninguno aborto.

Hace seis meses dio á luz, despues del parto quedó con fiebre hasta los veinte dias en que se presentaron grandes dolores de vientre: infección intestinal.

En el mes de Enero tuvo dolor en las fosas iliacas, riñones y caderas, ingresa en la consulta el 22 de Febrero del 99.

Sus sintomas actuales son, escoror intenso en la uretra con micciones frecuentes e interrumpidas por el espasmo del esfínter; flujo blanco abundante mucoso y de mal olor, la locomoción inestable no puede andar derecha

por el dolor que siente en la espalda.

Diagnostico. Hemon de la base del ligamento ancho: parametritis.

Tratamiento. Cantarida en la parte superior del pubis, irrigaciones calientes cuatro al dia: ovulos iodo y glicerina, dos al dia, quietud absoluta en cama, alimentacion, caldos y leche.

Dia 13 Mayo. Amasamiento iodo y grageas de sulfo-ictiolo amonico al interior.

Dia 15. Amasamiento y faja de glicerina ictiolada: va desapareciendo la parametritis.

Dia 10 Abril. Se le presenta el periodo durando cuatro dias siendo la coloracion algo palida.

Dia 14. Amasamiento e

ictiol.

Dia 9 Suspension del masaje.

Dia 11 Mayo. Se presenta la regla con fiebre y dolores en las fosas iliacas, acentuandose mas en la derecha.

Se ordena reposo en cama.

Dia 10 Mayo irrigaciones calientes enemas de agua caliente que se retienen media hora.

La menstruacion siguiente que el 2 de Junio se presenta tiene los caracteres normales, y asi han seguido hasta el dia: los exudados desaparecieron y matriz ha adquirido su movilidad fisiologica.

Emilia G. veintiocho años edad
bailarina natural de Málaga ha
tenido un hijo vivo y dos abortos.

Hace un año que dio una
caída geritando su profesión abor-
tando a los cinco días (tres meses
hacia estaba embarazada).

Desde entonces las mens-
traciones han sido abundanti-
simas con flujo blanco intermens-
trual, dolores de rabia que la obli-
gan a permanecer en cama.

En vista de que los dolores
no cesan y tiene fiebre se decide a
consultar con un especialista dis-
tinguido que al reconocerla aprecia:
temperatura de 40 grados pulsa-
ción dificultada por la pelvi-perito-
nitis pero fundiendo apreciar una
induración de toda la región hipó-

gástrica mas acentuada en la fosa
iliaca izquierda.

En vista de este alarmante cuadro se le ordena el sulfato de
quinina como antitérmico y ovulos
vaginales de ictiol.

Habiendo cesado el ata-
que y remitiendo la fiebre se propo-
ne la operacion que es aceptada.

El dia 17 de Enero se ha-
ce la laparotomia encontrando la
trompa izquierda y el ovario quís-
ticos adheridos al mesenterio por
ser imposible su despegamiento se
resecta el mesenterio y se extirpa la
trompa y ovario izquierdo.

Sutura de la cavidad
abdominal etc.

Esta observacion tiene ci-
erta importancia pues a mas de ser
rara la adherencia de las trompas

al mesenterio se hace muy difícil
el diagnóstico de esta variedad de
salpingitis que de haber ocurrido
en el lado derecho hubiera sido
imposible su diferenciación con
una apendicitis.

Saludada de veintiseis años
natural de Sevilla.

Ha padecido blenorragia hace cinco años, y al poco tiempo tuvo una menstruacion dolorosissima acompañada de fiebre, fuerte dolor en los riñones que la obligan a guardar cama y así ha seguido acentuandose los dolores que se le calman mediante inyecciones de morfina aconsejadas por un médico en San Petersburgo que han hecho de la enferma una morfina mania.

Cuando se presenta a nuestra observacion se encuentra en un estado general lamentable, presa de dolores agudos y la palpacion abdominal y el tacto vaginal se hacen difíciles por el estado

de excitabilidad nerviosa, amen
de amagos de peritonitis localizada
en el bajo vientre.

Temperatura 39 grados
con dos decimas y pulso frecuente

Se le aconseja reposo en
cama irrigaciones calientes de
sublimado al 1 por 1000 y oculos de
belladona: a los cinco dias calma-
dos ya en parte los dolores puede
reconocerse por palpación un abul-
tamiento del tamaño de una ca-
bera de feto situado profundamen-
te en la fosa ilíaca derecha fijo y
que se continua con la matriz: y
en el lado izquierdo otro abultami-
ento menor bastante doloroso a la
presión.

Diagnostico. Salpingitis
quistica doble gongococica.

Tratamiento. Laparotomía

con extirpación de anejos.

El día 19 de Abril se procede a ella.

Incision que desde el ombligo se llega al pubis abertura del peritoneo y posicion de Brendelenburg.

Entonces podemos ver dos grandes tumores con fluctuacion de liquido apenas contenido por una pared delgadissima lo que nos hace temer por el momento su inminente ruptura y derrame en la cavidad peritoneal.

Asi nos preparamos contra esto, no escaseando grandes compresas que protejen la masa intestinal y forman al rededor del quiste furibundo una verdadera esponja que absorba el pus.

Mediante una fuerza de anejos se procura sacar la trom-

haquistica hacia el exterior, pero las numerosas adherencias que al peritoneo febril se unen, unido a la friabilidad del tejido, hacen que la tenida puritica se efectue y una abundante cantidad de pus denso, cremoso, que ~~quema~~ se espesa y anega la cavidad limitada por las compresas.

Se sacan inmediatamente las compresas embebidas de pus y se introducen otras hasta dejar limpia la cavidad peritoneal: se continua la operacion hasta suturar el peritoneo, estirpados los agujos, se deja en la cavidad peritoneal cierta cantidad de agua salada, procediendose a cerrar completamente la cavidad abdominal.

La enferma reacciona

con gran lentitud por lo que se ordena la inyeccion hipodermica de una ampolla de quero Cea: la inquietud es extrema, tendencia a colapsarse durante toda la noche apesar de las inyecciones estimulantes de eter, aceite alcanforado, y cafeina espirando la enferma a las 22 horas de operada.

¿Fue la inyeccion de furo en el peritoneo y su absorcion lo que determino la muerte por septicemia agudisima, o fue el shock operatorio quien la produjo?

En este caso creemos fue lo ultimo por tratarse de una indiguna con escaso coeficiente de resistencia por los numerosos ataques de peritonitis y vicio mortuomano.

Pero tengo para mi que

en otros casos hay que atribuir
la muerte á toxemias poco estu-
diadas, y que el acto quirúrgico
provoca el resqueamiento ó satura-
ción digamoslo así, de un envene-
namiento latente y atenuado.



Maria ff. de veintiocho años
 casada natural del Presidio de An-
 dorra (Almería) desde los veintidos
 que se casó ha tenido las menstrua-
 ciones dolorosas acompañadas de
 peso en los riñones y flujo blanco
 en los intervalos menstruales. Tam-
 bien recuerda haber tenido que qu-
 ardar cama en algunos periodos
 con fiebre, vomitos, dolor general
 en el bajo vientre que se le amor-
 tiguaban mediante aplicacion
 de cataplasmas que el médico del
 pueblo le ordenaba y así ha segui-
 do hasta que se le suspendió la
 menstruacion hace dos años. Es-
 treñimiento tenaz.

En Junio del 99 se la
 reconoce y por tacto vaginal encou-
 tramos: un cuello cónico esle-

rosado que mira hacia arriba y la derecha, íntero en retroversion y que facilmente se reduce a su posicion normal y combinado el tacto a la palpacion abdominal no puede apreciarse el sitio donde se hallan los ovarios. El diagnostico por lo tanto es incompleto, pues el no haber sido embarrada hace, que los musculos rectos de la pared abdominal se contraigan fuertemente y sea imposible la palpacion de las trompas y ovarios. Pero suponiendo que los repetidos ataques de peliperitonitis, que seguramente ha tenido esta enferma, hayan provocado la formacion multiples adherencias, lo mas probable es que se trata en este caso de una pelvi celulitis difusa

que ha fundido, digámoslo así, las trompas y envuelto los ovarios produciendo la reversion uterina.

Por medio de la valva de Sims ratificamos el diagnóstico hecho por el tacto y como el líquido de tenca diera salida a una gotita de líquido purulento perforamos con el histerometro (previo flameado e immersion en eter yodoformico) en la cavidad uterina expulsando esta unos diez centímetros cúbicos de pus cremoso al sacar el instrumento.

Mientras completamos el diagnóstico se le indica el raspado contra aquella fionca uterina, y es aceptada por la enferma. Hecho este como los dolores continúan y la enferma ve que

ni el iodo empleado en taponamiento ni las irrigaciones y enemas calientes logran curarla, indicada la laparotomia la enferma acepta.

El dia 10 de Enero de 1901 se procede a abrir el vientre y puesta en Grendelburg se ve a la matiz cubierta casi en totalidad por la tromba izquierda quística, el ovario de este lado rodeado de numerosas adherencias, y se procede a la castracion unilateral y la reseccion del ovario derecho que estaba rodeado de adherencias.

Se cortan previa ligadura las numerosas bridas que unen la cara posterior de la matiz al peritoneo parietal, y una vez limpios los fondos de saco de Douglas

se procede a la sutura peritoneal
canterización del pedículo etc.

Un fenómeno que desde el
primer momento nos llamó la aten-
ción fue el considerable volumen del
paquete intestinal que a pesar de
la posición de Trendelenburg con
dificultad se limitaba por la ma-
no del ayudante.

Es indudable que a se-
mejanza de lo que ocurre en la
estenosis pilórica que produce
la dilatación gástrica por sim-
ple obstáculo mecánico, ocurría
en esta enferma con todo su pa-
quete intestinal que se hallaba
anormalmente dilatado por el
continuo obstáculo al paso de las
heces producido por la retrover-
sion acentuadísima de la matriz
y las numerosas adherencias

que con la S. iliaca le unian.

Y que esto tiene muchos visos de verosimilitud lo funeaba el hecho de que a pesar de dos purgantes salinos que se le administraron el día 7 y 9 de Enero dieta láctea y desinfección intestinal por sellos de salol a los dos días de operada y en vista de la tendencia a la hipertermia y enorme farsesia intestinal se ordena tome un vaso de agua de carabaoña teniendo dos abundantes deposiciones a las pocas horas de su ingestión. Además cada tres días ha tenido que ser purgada para combatir su manifiesta farsesia intestinal.

Tratamiento de las infecciones pelvianas.

Podemos dividirlo para facilitar su estudio en médico y quirúrgico. pues a pesar de la tendencia moderna del « ubi pus ibi incisio » hay muchas afecciones con tendencia a la supuración pero que antes de llegar a esta producen neoformaciones y engrosamiento de los tejidos conjuntivos que forman la trama del aparato genital y del peritoneo que le envuelve y estas hiperplasias son felizmente combatidas por los medios médicos sin llegar a la intervención operatoria.

Estos medios entre los que figuran agentes terapéuticos diversos tales como el ictiol, la

glicenna, belladona, el viburno, la piscidia y mil mas ayudados por otros agentes como el agua caliente y diversas aguas minerales medios manuales. ejemplo el masaje reposo en cama etc. producen en muchos casos resultados tan brillantes como el mejor exito operatorio.

Citaremos a la ligera algunos de estos medios.

Massage. Desde los experimentos de Chure-Brandt ha constituido un feliz recurso contra un sin numero de afecciones ginecologicas entre las que se cuentan las infecciones pelvianas.

Espera de dos filos, hemos de precisar bien las indicaciones y contra indicaciones de este medio supremo en manos peritas

pero que puede producir y de hecho produce trastornos múltiples usado sin un conocimiento profundo de su alcance.

En primer término no lo usaremos nunca en las lesiones inflamatorias agudas pues tan solo provocaríamos su agravación. Las colecciones supuradas circunscritas, en todo, también serán objeto de este medio terapéutico.

Únicamente cuando las lesiones son antiguas sin tendencia a la agudización en casos de adherencias, infiltraciones, parametritis y pelvi-celulitis difusas en marcada cronicidad nos producirá un resultado feliz.

Entre los varios medios propuestos el de presión y deslizamiento suave siempre de las ex-

tremidades de los dedos sobre las regiones hipogástricas y fosas iliacas unido al masaje vaginal mediante el indice y medio de la mano opuesta, lubricadas ambas con glicerina como medio descongestivo, es el que he visto obra con mas eficacia y de ello es buen ejemplo la historia que en los casos clinicos reseño.

Las sesiones han de ser cortas acompañadas de una buena higiene, regularidad en las evacuaciones intestinales paseos etc. Estas sesiones se practicarán siempre en presencia de un dento de la enferma y el médico procurará evitar en lo posible el eretismo genésico fácil de provocar con estas maniobras.

Sus efectos son mara-

villosos evitando a menudo una intervencion operatoria que por muy benigna que sea acarrea peligros.

Antes seguramente de instituirse y reglarse como medio terapeutico ya era conocido por la medicina popular o intuitiva pues en España podemos citar pueblos donde es empleado por individuos que hacen de este y de otros recursos (reduccion de luxaciones cura de fracturas, birnas etc.) la base economica de su existencia.

Tratamiento Hidroterápico.

El simple baño indiferente cuya temperatura difiere poco de la del cuerpo tiene ya de por sí numerosos efectos produciendo una sensación de bienestar, de tranquilidad seguida de una agradable dejadez que se prolonga durante tiempo mas o menos largo: aumenta el apetito, el sueño es mas tranquilo y profundo, las pulsaciones son mas amplias y la respiracion mas honda.

Es preciso buscar la explicacion de estos fenomenos en la irritacion producida sobre las terminaciones nerviosas: la congestion cutanea disminuye la presion interior de los organos, resultando

de aquí un estado mas favorable para la absorción.

Dado que los baños tienen una acción resolutiva podemos decir que están indicados en la mayor parte de las afecciones crónicas de las mujeres.

Cuanto mas reciente sean las lesiones mas susceptibles serán de reabsorción y entonces los baños es cuando darán mejores resultados y estarán mas indicados.

En finquier lugar las inflamaciones febriles, peritometritis son las que mas se benefician del tratamiento por los baños, los exudados desaparecen facilmente y con ellos los desórdenes consecutivos.

Lo mismo ocurre con las

inflammaciones crónicas de las trompas y los ovarios.

Los baños fríos están contra indicados en las afecciones agudas.

Aguas calientes. Sedante de primer orden que modera y calma el dolor muchas veces en los estados inflamatorios agudos, puede emplearse ya en forma de baño general o local (baño de asiento) o bien por medio de las inyecciones vaginales e irrigaciones intestinales método que si no inventado ha sido perfeccionado por Reclus.

La temperatura varía entre 25 hasta 30 y 50 grados segun el efecto sedante resolutive o congestivo que se quiera obtener.

Hay autores que aconsejan la introducción de un especulum fenestrado para el mejor resul-

tado de las duchas vaginales exa-
gerando los peligros de la introdu-
cion del liquido en la cavidad
uterina produciendo cólicos y lo que
es mas de temer la posible ascen-
sion del liquido a las trompas
para devanarse en el peritoneo y
originar una intencion.

Todos estos peligros se
evitan no poniendo a altura muy
considerable el irrigador y cuidan-
do que la cannula no penetre hasta
el cuello interno y sea de las que
tenga orificios laterales.

La enferma ha de per-
manecer echada y no en cuclillas
como generalmente ocurre.

Las irrigaciones intesti-
nales retenidas durante media hora
producen un efecto mucho mayor que
las antiguas cataplasmas por

hallarse mas proximas las paredes intestinales del peritoneo pelviano, matriz, trompas etc.

Pasamos por alto los efectos terapeuticos de las aguas medicinales en las supuraciones pelvianas por no ser objeto de nuestro estudio.



Laparotomia sub-peritoneal

Esta indicada esta operacion en los casos de absceso febril muy alejado de la vagina para ser atacado por la incision del fondo de saco vaginal posterior. Haciendo posible la evacuacion de la bolsa purulenta sin hacer correr a la enferma el peligro de la irrupcion del pus en el peritoneo siendo por esto preferible a la laparotomia. propiamente dicha.

Por el contrario tiene el gran inconveniente de no permitir sino nos encontramos con un fisio-salino, la estirpacion de las paredes de la capsula y por esta razon es inferior a la laparotomia trans-peritoneal que asegura una eva-

cion pronta y completa.

La incision inguino sub-peritoneal es en todos los casos el tratamiento de eleccion para los hematoceles pelvianos extra peritoneales cuando la vida de la enferma esta amenazada por fenomenos de inflamacion o de compresion. El hematocele pelviano intra peritoneal es igualmente atacable por este medio si esta muy alejado de la vagina para ser abierto por esta via.

Doyen aconseja recurrir tambien a la laparotomia sub-peritoneal en los casos de vastas induraciones pelvianas sub-peritoneales de evolucion de una coleccion purulenta.

Tecnica. Se hace una incision en la pared abdominal

de 8 a 10 centímetros proximanamente
paralela a la mitad externa del
arco cural y a un centimetro por
encima de este. Se incide la fascia
transversa y se y se llega al tejido
celular subperitoneal. El peritoneo
es separado, con los dedos, de la
fascia iliaca en el punto de la
reflexion de la serosa sobre el liga-
mento de Poupart y de caña en ca-
ña se llega a la base del liga-
mento ancho. Los separadores des-
cubren el campo operatorio aislan
el paquete intestinal y retienen al
peritoneo elevado hacia adentro. El
dedo del operador explora el fondo
de la herida y trata de descubrir
la coleccion que se delata por la sen-
sacion de fluctuacion que da al
dedo. La coleccion se incide con
el bisturi, el liquido se vacia y la

bolsa se limpia con tafones armados en finas largas y lavada con agua hervida. El interior de la bolsa se embute de gasa debilmente yodoformada que es remplazada dos o tres dias despues de la operacion por dos gruesos tubos de drenage en forma de cañon de escopeta.

Cuando la exploracion de la parte mas declive de la capsula y el tacto vaginal practicado simultaneamente demuestran que el fondo de la bolsa esta a corta distancia de la vagina sera preferible hacer el drenage por este conducto.

El punto favorable para el haco del tubo a traves del fondo de saco posterior ya descubierto se le funciona con un gran trocar y se introduce por la aber-

tura un tubo en cruz.

La pinza de Wölfler especialmente destinada para el paso de los tubos de drenage, podia remplazar ventajosamente al trocar.

Los dos procedimientos de drenage por la via vaginal y por la abertura abdominal pueden combinarse en el caso de vastas colecciones pelvianas.

Ooforo salpingotomía abdominal

La ooforo salpingotomía abdominal está indicada en los casos de lesiones inflamatorias de las trompas y de los ovarios.

La ablación de los quistes por fio-salpinga es una intervención peligrosa pero siempre menos que la expectación. La presencia de una salpingitis supurante enquistada produce trastornos graves y constituye una amenaza para la vida de la enferma. La operación por lo demás es menos grave que parece, es verdad que las paredes de la boba son muy delgadas en ciertos puntos y se desgarran a pesar de todas las precauciones. Pero aun-

que el pus fetido se estienda por toda la cavidad abdominal la peritonitis no sigue fatalmente. El lavado del peritoneo y drenaje nos proporcionan medios de defensa contra la infeccion que se debe evitar con particular esmero.

Técnica. El momento mas oportuno para practicar la operacion es la semana siguiente a la menstruacion. Nada diremos de los cuidados asepticos y antisépticos que hemos de tener en esta operacion: el uso de los antisépticos que emplearemos con largura antes de la abertura del abdomen los restringiremos mucho una vez abierto.

La antisepsia cederá entonces el paso a la asepsia. El agua filtrada hervida y esterili-

rada, fura o con clonuro de sodio al 4 por 1000 remplazara al acido fenico y al sublimado.

En todo dispuesto la enferma sondada, la region operatoria limpia de gérmenes a favor de la vasuración jabon de azena de marmol o en su lugar sal en grano, sublimado al 1 por 1000 alcohol, eter que disuelve las grasas y glicerina fenicada usada por algunos son medios que nos pondran al abrigo de toda sospecha de infeccion por la piel. Entonces se cubre a la enferma de paños esterilizados no dejando al descubierto mas que que el abdomen y se procede a su abertura.

Incision sobre la linea media de 6 a 8 centimetros de longitud y distante 2 a 3 centimetros

del borde superior de la sínfisis
pubiana. Se incide rápidamente
la piel y el tejido celular sub-
cutáneo y rara vez hay necesi-
dad de colocar algunas ligaduras
hemostáticas en los vasos que
sangran. Se busca en seguida la
línea alba y se le incide, así co-
mo el tejido celular pre-peritoneal.

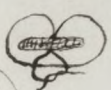
Algunos cirujanos acos-
tumbra incidir por medio del
músculo recto á fin de aumentar
las probabilidades de soldadura fir-
me de la pared abdominal: otros
resecan la línea alba en toda su
extensión.

La incisión lateral de
Stauken me parece poco práctica.
Incidiendo el peritoneo practican-
do primero una pequeña abier-
tura por la que penetra una sonda

acanalada que sirve de guía al bisturí que completa su incisión, puesta la enferma en posición de Trendelenburg y protegido el paquete intestinal y el efíplon mediante una gran compresa procederemos a la busca de los anejos siguiendo los cuernos uterinos. Mediante dos dedos se les prende y lleva hacia fuera. Esto es fácil cuando los ovarios están libres, pero ofrece grandes dificultades cuando numerosas adherencias lo dificultan.

El procedimiento de Alberto que por el taponamiento del recto y vagina hace los anejos mas accesibles no nos parece tan práctico como el de Hegar que mediante el dedo de un Ayudante introducido en la vagina

eleva el útero y sobre todo el ligamen-
to ancho correspondiente a los anejos
que buscamos.

Separado el ovario de
sus adherencias el operador lo con-
fia a un ayudante y trata de pasar
por debajo del ovario y del pabellón
de la trompa una finca hemo-
stática larga y curva. Entonces se
pasa la aguja roma de Deschamps
a través del peritoneo subyacente
al ovario y trompa con hilo doble
de seda cuyo grosor estaría en pro-
porcion con el pedículo. Este últi-
mo sera ligado por el nudo de Ban-
tok  o mejor por el de Han-
son  que es muy expre-
dito, permite emplear una gran
fuerza constrictiva y evita la pre-
sencia de dos nudos en la cavidad
peritoneal.

llegar se contenta con una li-
 gadura en masa cuando el seg-
 mento del ligamento ancho que
 se liga es bastante ancho largo y
 extensible, en caso contrario hace
 una ligadura doble que pasa
 por encima de una ligadura en
 masa.

Cuando el pedículo es
 ancho e inervado una ligadura
 sencilla y aun doble no es suficien-
 te para asegurar la hemostasia
 teniendo que hacer una serie de
 ligaduras que se encadenan mu-
 tuamente. En todos los casos es pre-
 ciso apretar fuertemente para evi-
 tar que el nudo se deslice y siem-
 pre nos aseguraremos de no haber
 cogido ningún apéndice epiloico

Cortado el pedículo al ras
 de las fibras o bien se toca la

superficie de seccion con una solucion fuerte de acido fenico o a ejemplo de Hegar (y esto que es mas conveniente) por medio del termocauterio que garantiza la perfecta hemostasia.

Lo mismo haremos si los ojos abiertos se hallan afectados. Limpia la cavidad de Retius mediante compresas humedecidas en agua esterilizada, ciertos de no haber hemorragia alguna ni del pediculo ni de las bridas o adherencias desprendidas y dejando alguna cantidad de agua salada en el peritoneo si ha habido abundantes hemorragias procederemos a colocar la enferma en la posicion horizontal, sutura de la cavidad abdominal total o parcialmente, apósito de

gasa yodoformica o de gasa em-
bebida en colodion que tape to-
das las suturas y vendaje.



Dofero-salpingotomia vaginal.

Castracion vaginal (1)

Indicaciones. La ablacion de los anejos por la vagina tiene indicaciones muy reducidas, los partidarios de esta operacion insisten en las ventajas que ofrece la via vaginal para asegurar una facil salida de los liquidos sanguinolentos y sobre la posibilidad de extirpar los anejos sin tocar casi las visceras abdominales. En fin ellos hacen observar que se evita una cicatriz abdominal que repugna a muchas enfermas sin embargo estas ventajas no compensan los grandes inconvenientes de la incision vaginal.

(1) V. Varonoff. *et* pratique d'operations
Gynecologiques

Los ovarios no son siempre accesibles por el fondo de saco posterior de la vagina.

La operación es algo ciega por no tener el recurso de la vista y si nos encontramos en presencia de dificultades creadas por una hemorragia o por adherencias resistentes no tenemos el precioso recurso de agrandar la incisión.

~~Lo~~ recurriremos pues a la vía vaginal mas que en los casos de ovarios procliventes en el fondo de saco posterior lo que permite llegar a ellos con facilidad.

Técnica. Los preparativos ordinarios de toda laparotomía serán completados por la antisepsia rigurosa de la vagina, lavado con agua sublimada y jabon alcohol etc.

Balloy coloca a los enfermos en decubito lateral - abdominal pero es preferible a ejemplo de Goodell ponerlos desde el principio en la posición dorso sacra.

El periné se deformará por una ancha valva. El cuello cogido por una pinza de Orsena es fuertemente tirado hacia adelante y con la ayuda de un bisturí se realiza una incision transversal de cuatro centímetros de longitud en el saco posterior lo mas cerca posible del útero.

Se asegura la hemostasia de la brecha vaginal por algunas pinzas que se aplican sobre los vasos que sangran y se incin- de el peritomeo. Un ayudante entonces rechaza fuertemente hacia abajo el útero comprimiendo las paredes

abdominales, mientras que el operador busca con el índice y medio de la mano derecha introducidas en la herida la forma de encontrar y prender los anejos. El ovario y la trompa prendidos se le saca a la vagina se pasa un hilo doble de seda y se aplica el nudo de ~~Hanson~~ ~~Font~~; la superficie de seccion del pedículo se contiene con el termocauterio y los cabos del hilo se cortan cerca del nudo dejando desagüe ya de gasa yodoformica o bien por tubos si se teme existan exudados o se sutura la herida vaginal en caso contrario.

De la resección del ovario.

Esta operación ha sido practicada por Martin Lueifel Gusserson, Wiedow, Porri etc. con el objeto de respetar la vida genital de la enferma cuando la trompa estando sana y el ovario está enfermo parcialmente.

Ciertas lesiones del ovario y especialmente la oovitis esclerocística pueden coexistir con trompas poco o nada inflamadas.

Entonces resecaremos la porción del ovario enfermo y reuniremos los labios de la herida por algunos puntos de sutura con catgut.

En los casos de degeneración

ración microquística del ovario
o de ovaritis difusa edematosa
Por si fuere necesario recurrir a la igni-
funtura de los pequeños quistes
hundiendo la punta fina del
termo cauterio que quema sus
celulas.

Coadyuvando al éxito de esta
operacion conservadora la des-
trucción de las adherencias de
la trompa y la salpingografía que
como su nombre indica consis-
te en la sutura del pabellon de la
trompa al ovario para facilitar
la caída del ovulo en aquella.

Salpingostomia Goulliond de
Lyon en el XIII Congreso internacional
de ciencias medicas celebrado en
Paris en 1900 describe tan minuciosa
y fielmente esta operacion conserva-
dora que no haremos mas que
estradar su trabajo.

Desde Larson Gait, dice,
cuando en el curso de una salpingo-
tomia por salpingo-ovaritis grave,
Dr. Goulliond comprobaba una do-
ble oclusion de los pabellones de la
trompa prueba cierta de una le-
sion bilateral quitaba resueltamen-
te los anejos de ambos lados.

Larson Gait sacrificaba
a prevención los dos anejos aun
cuando uno de ellos estuviera sa-
no, despues se ha trabajado mu-
cho para la conservacion de los

ovarios siguiendo a A. Martin, de Porri, de Gayle etc. muy poco se ha hecho para la conservacion de la trompa.

Sin embargo Polk, Dudley, Skutsch, A. Martin se han esforzado en conservar la trompa practicando la salpingostomia.

La operacion consiste cuando se encuentra una trompa enferma con su fiabellon obstruido y su cavidad distendida por liquido en reseca la parte enferma de la trompa y rehacer sobre el union tubarico un ostium peritoneal por algunos puntos de sutura reuniendo la mucosa a la serosa tubarica.

Un desbridamiento ligero del conducto tubarico agranda este orificio. El ovario se limpia de adherencias que lo fijan y trans-

forman en microquístico: se le reseca si hay necesidad, los anejos del lado de mayores lesiones son generalmente quitados.

La salpingostomia podia ser un tratamiento importante de la esterilidad cuando esta es debida a la oclusion de los pabellones tubáricos por adherencias perianexiales, oclusion que no tiene tendencia a desaparecer espontaneamente.

Es preciso saber por otra parte que el ostium uterino segun Raymond ha probado queda permeable en la salpingitis aunque sea grave.

Tal es la salpingostomia primitiva. El autor da el nombre de salpingostomia secundaria a la misma operacion hecha en fin despues que se ha desbridado por la

vagina una supuración pelviana
aguda. El ha obrado así dos veces
con éxito.

Se evita así la castración
doble con sus trastornos nerviosos
y sus tristezas.



Estudio del material de sutura que empleamos en las operaciones sobre los ojos y nariz.

Un punto poco profundizado todavía es la elección de material que para las suturas empleamos. Procuraremos indicar aunque sea sucintamente lo mas ventajoso en cada caso.

Catgut. Material difícilmente esterilizable pues no resiste las temperaturas de 120 y de 150 grados que en el aceite ó en seco necesitaria para su completa esterilización, es sin embargo un recurso frecuente y casi único en las operaciones conservadoras y especialmente en las histerofexias con

castración por anejos quísticos
fervulentos u ovaritis de igual na-
tura.lera.

Si en estas condiciones em-
pleamos la seda lleva peligro de in-
fectarse y producir esas eternas
supuraciones que fluyen por los
trayectos fraguados por la aguja
de sutura y que desluciendo el
mejor acto quirúrgico terminan
por la necesidad y siempre difi-
cil extirpación de los mudos pro-
fundos infectados.

Podríamos citar como
ejemplos los por nosotros conocidos
: uno de histeropexia con resecció-
n e incisión de un ovario
infecto parcialmente y que infec-
tadas las sedas, seis meses des-
pués de la operación aun fluyen
los antiguos trayectos, y el otro es

un enfermo con pionefrose y que diez meses despues de la nefrectomia ha tenido que volver a ser cloroformizado para estirparle las sedas enpleadas en la sutura.

Hace dos meses el Dr. Cervera intervinio operatoriamente para extraer varias sedas infectadas al Conesponsal del Imperial en el Transvaal que fue operado en el Africa Alemana de laparotomia por invaginacion intestinal.

El catgut afiado cronico es el que hasta ahora por lo que observo da mejores resultados pues el conservado en aceite de euebro o fenicado he visto que alguna vez se infecta, y es que hemos de tener en cuenta que las

putrefacciones en principio que el catgut sufre para su manufactura hacen muy difícil una posterior y absoluta antisepsia.

Seda. Es el material de las ligaduras y suturas perdidas siempre que a su absoluta esterilización mas fácil de obtener que la del catgut se suma la pureza aséptica de las regiones anatómicas con quienes se pone en contacto.

Cin de Florencia. Por su facilidad de esterilización es el material que mas abundantemente se emplea en las suturas musculares y cutáneas: la última grande que por ser un producto de longitud escasa forzosamente no pueda ser empleado en sutura continua.

La hemos visto emplear en forma de doble sutura muscular y entinea o en ocho de quinsmo o de hegaigue quitando los puntos a los ocho o diez dias de la laringotomia.

Plata. Se emplea mucho como material de sutura y creo que aun no se ha generalizado su empleo lo que debiera pues a su elemental y cómoda esterilizacion une la ventaja de ser tan tolerada o mas que la seda cuando la dejamos perdida en el seno de los tejidos, teniendo tan solo la precaucion de torcer los cabos de forma que no hiegan los tejidos puestos en su contacto.

Un accidente que ocurre algunas veces y que llama la atencion del cirujano es la infeccion de

los trayectos de la cinn o seda luego de sacadas estas. El procedimiento que he visto previene con mas eficacia este accidente y da luz de paso respecto á su origen es el de cortar los hilos por el punto donde se hallan ocultos ya, en el tejido cutáneos y no por medio pues así se evita el pasear por todo el trayecto interno que el hilo recorre la porción que ha estado en contacto con todas las secreciones cutáneas y que asepticas ó no (pues esto está en estudio y no ha sido definitivamente resuelto) el hecho es que algunas veces infectan lo que no ocurre evitando lo por este anterior procedimiento.

Para mas seguridad se aconseja por algunos cirujanos dar algunas pincelaciones de tintura de iodo por encima de la li-

nea de sutura despues de haber quitado los puntos.

Hasta aqui lo conocido por nosotros, pero W. S. Squireff encomia el empleo de los hilos de tendon de veno como material de sutura y ligadura (Centralb. für Gynäk., n.º 9. 8. marzo 1900) apoyándose en ciento cincuenta casos de laparotomia en el curso de los cuales ha empleado aquellos ya en el interior de la cavidad abdominal y a para su occlusion.

Dice que las infiltraciones y las fistulas tan frecuentes despues del empleo de los hilos de seda han desaparecido desde el uso de los tendones de veno.

Otra ventaja segun Squireff es su solidez; ni se rompe durante la operacion, ni los in-

dos se desatan despues y su reabsorcion es bastante lenta. Ademas pueden ser empleados con un objeto anatómico, pues algunas veces pierdidas extensas de serosa han sido repuestas por este medio. Con los hilos de veno no es necesario quitar las suturas superficiales: basta hacia el duodécimo dia frotar suavemente la cicatriz con una gasa para ver como se desprenden los hilos.

El autor termina diciendo «la antisepsia y asepsia han dado un progreso enorme a la cirugía de las cavidades; pero gracias al empleo de los hilos de tendon de veno como material de sutura y ligadura, se ha llegado en el ultimo año del siglo XIX al ideal aseptico en la cirugía caritativa.»

Creemos exagera algo apasionado con su descubrimiento.

Kiitsner emplea hace ya tiempo el cáñamo usado primeramente por Linhart y recomendado por Greysdelburg, Hanson Gait y Pagenstecher. Para su esterilización usa el cincol en ebullición y para su conservación la esencia de petróleo y luego el alcohol concentrado.

(V. clínica ginecológica de Breslau. Centralb. für Gynäk. n.º 1, 6 Enero 1900)

Eventración subsiguiente a las laparotomías maneras de evitarla.

Algunos despues de verificada una laparotomía ocurre verse a la operada con una eventración atenuada o no que molesta a la enferma y la espone a accidentes varios.

Estas eventraciones ya se presentan espontáneas o ya despues de un fiasco y hemos de ver si es posible evitarlos.

Hay por ejemplo los quistes ováricos especialmente en los que han adquirido volumen considerable una disminución de los rectos con laminación o su desaparición en otros casos, y al suturar la pared abdominal aun despues de hecha

su reseccion en huso nos encontramos con una delgada pared muscular, una finisima aponeurosis e imposibilidad por lo tanto de quedar garantidos contra la eventracion, en estos casos el procedimiento que he visto yo usar y que parece dejar satisfecho al cirujano es el de la sutura, primero peritoneal con catgut, luego sutura continua de la aponeurosis profunda con seda, sutura de las delgadas laminas musculares con catgut y una sutura con seda o con de la farcia superficial y piel.

Otras veces hemos visto usar la sutura con hilo de plata de los musculos rectos y aponeurosis.

Fuera de estos casos de distension considerable del abdo-

men, la sutura peritoneal continua con catgut y luego la de Regaigrie u otra análoga nos dejará suficientemente garantidos.

Una faja ventral que sujete el abdomen los primeros meses acabará de evitar la tendencia a la eventración que en algunos casos no se logra por ese temperamento hermano que en algunas enfermas existe.

Conclusiones

A. Es necesario que los exámenes de los enfermos afectos de inflamaciones febriles sean minuciosos y repetidos a fin de no dejarnos llevar de la primera impresión respecto a diagnóstico y tratamiento que en muchos casos resultaría precipitado y contra productivo.

B. Fuera de los casos en que la inminencia de una muerte rápida por infección generalizada nos haga apresurar la intervención, esta debe hacerse en frío o sea cuando ya las neformaciones del pectoral han circunscrito el proceso infeccioso además de permitirnos ensayar un tratamiento médico

que si no cura al menos reduce al *minimum* dicho proceso.

C. El tratamiento médico debe agotarse, por decirlo así, puesto que por su influjo curan muchos casos aparentemente inmediatos, da la inmensa ventaja de poder aumentar las energías de la enferma mediante un plan dietético adecuado y evita en muchas ocasiones trastornos profundos que resultan de la extirpación injusta de porciones sanas y que según los recientes trabajos tan necesarios son en el dinamismo vital.

D. Quirúrgicamente la vía abdominal se impone en los siguientes casos.

Abcesos pelvianos que se extienden hacia la pared abdominal.

Tuberculosis de los ojos en los casos de lesiones pulmonares ignoradas y gozando de una regular salud.

Embarazos extra uterinos supurados o no.

Salpingitis purulenta en su principio.

Es un recurso precioso en las intervenciones conservadoras puesto que permite limitar la intervención únicamente a las partes afectas.

E. La vía vaginal está indicada en los siguientes procesos.

Lesiones anexiales purulentas de prominencia marcada en los fondos de saco vaginales.

Hematocelos supurados.

Salpingitis purulenta antigua con adherencias viscerales

y engrosamiento y degeneracion del fentones, si bien en este caso es intervencion fueria para des- pues obrar por la parotomia.

Retroversion con adherencias.

Supuraciones difusas trans- formando los tejidos de la escava- cion felviana en una verdadera esponja furulenta.

Ex. Una practica toxicologica mas esmerada de la que actual- mente existe en España (excepcion hecha de las poblaciones de primer orden) unida a acertadas leyes de Higiene publica que eviten el contagio blenorragico haran que las infecciones felvianas decrez- can en 50 por 100 facilitandose el aumento y salubridad de los naci- mientos ideal perseguido por los que

señalamente se encuentran del por-
venir de nuestra amada Patria.

Madrid y meso 1807

Matías Villegas *pl*

Administrable
Luis Lora

Administrable
Jedofonso Rodriguez
Fernandez

Administrable
Luis P. P. P.

Administrable
Luis P. P. P.



Realizó el ejercicio de doctor
y obtuvo la calificación de
aprobado

Don Domingo
Saguita

Don Juan
Luis de los Rios

Don Juan Rodríguez
y Fernández

Don Juan
Luis de los Rios

Indice

	<u>Página</u>
Introducción	1
Historia	4
Etiología y Patogenia	21
Estudio bacteriológico	31
Casos Clínicos	34
Tratamiento	68
id Hidroterápico	73
Laparotomía subperitoneal	78
Cólera salpingotomía abdominal	83
id id vaginal	92
Resección del ovario	96
Salpingostomía	98
Estudio del material utero	102
Eventración subsiguiente	111
Conclusiones	114