

y quince, habiendo asistido los Sres. Bandera, Caréaga, Cordero, Chacón, Lugo, Olvera, Ortega Reyes, Ramos, Villada y el primer Secretario que suscribe.

N. R. DE ARELLANO.

REVISTA EXTRANJERA.

GINECOLOGIA, POR EL DR. MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA.

Tratamiento del catarro uterino por las embrocaciones con el cloruro de zinc. — Datos anatómicos sobre los ligamentos redondos y nuevo procedimiento para ejecutar la operación de Alexander-Adams.

Se observan con alguna frecuencia en la práctica ligeros catarros que afectan ya al cuello, ya al cuerpo del útero, y que por su intensidad no exigen ni la legración ni las aplicaciones del escobillón de Doléris, pero que se resisten á la tintura de yodo y á otros medicamentos análogos.

En estos casos el Dr. Vergely emplea el cloruro de zinc con excelente éxito, y he aquí en qué terminos da cuenta de la forma en que emplea dicho cáustico, en uno de los últimos números de *La Semaine Medicale*.

Comienza el tratamiento ocho días después de terminado el flujo menstrual, y antes de ponerle en práctica se cerciora de que no existen puntos dolorosos muy sensibles en las regiones periuterina y periovárica.

Lava repetidas veces la vagina y el cuello uterino con una mezcla de la disolución de ácido bórico al 15 por 100 y de la solución de sublimado al 0,05 por 100, previamente calentada.

Con un tallo de ballena flexible curvada al fuego, en el sentido del eje del conducto cérvico-uterino, á cuya extremidad se ha aplicado un trozo de algodón hidrófilo impregnado de magnesia, limpia perfectamente la cavidad del cuello y la cavidad del cuerpo para desprender completamente las mucosidades uterinas. Una vez bien limpias, frota todo el conducto con algodón seco y, finalmente, aplica una embrocación valiéndose del algodón hidrófilo empapado en una solución de cloruro de zinc al 1 por 20 en agua destilada.

Esta operación se repite en igual forma dos ó tres veces, con ocho días de intervalo, y si es bien soportada por la paciente y fuere necesario, se practica una vez más empleando una solución concentrada del cloruro de zinc; sin variar en nada el procedimiento.

Esta cauterización, dice Vergely, rara vez es dolorosa, á menos que se trate de cuellos muy inflamados, muy congestionados. En este último caso

se ve salir una cierta cantidad de sangre muy roja, y las enfermas aquejan un vivo dolor, que á veces dura de cinco á seis horas.

Cuando existen fungosidades ó la ulceración no cede muy rápidamente al cloruro de zinc, presta muy útiles servicios la solución de ácido crómico cristalizado en agua destilada al 1 por 3.

Este cáustico, tan ponderado por Kœberlé, es muy poco doloroso; forma una escara amarillenta que se desprende al cabo de seis días, dejando completamente limpia la zona en que se ha aplicado, pueden alternarse estas aplicaciones con las de cloruro de zinc.

Es preciso cuidar, cuando se aplican estas soluciones cáusticas, de que sólo obren sobre los puntos lesionados, y es conveniente, después de hecha la aplicación, lavar todo el conducto con la solución bórico-sublimada, introducir un tapón de oute bien seca y que la paciente permanezca en la cama las primeras veinticuatro horas siguientes.

Aunque con ligeras variaciones, hemos empleado nosotros repetidas veces el procedimiento propuesto por el Dr. Vergely y casi siempre hemos obtenido un éxito completo en aquellos casos de metritis catarral del cuerpo ó del cuello en que no existía ninguna complicación, ó en los que el catarro no era expresión sintomática de otra lesión. Creemos, pues, que merece consignarse en la terapéutica de las afecciones del útero.

Saben nuestros lectores que uno de los problemas ginecológicos que están sobre el tapete es el valor que debe concederse al *acortamiento de los ligamentos redondos* ú operación de Alexander-Adams. Sabido es también que muchos de los fracasos en esta operación son debidos á la falta de datos anatómicos precisos para encontrar y distinguir de modo positivo é indudable dichos ligamentos. Y he aquí porqué estimamos oportuno dar á conocer la comunicación hecha á la Sociedad de Medicina del Norte de Francia por los profesores Debierre y Peltier, que á continuación extractamos:

“Los ligamentos redondos son dos cordones fibro-musculares que nacen de los bordes laterales del útero, atraviesan el conducto inguinal y van á perderse en la extremidad superior de los grandes labios. Su longitud es de 14 á 15 centímetros y aumenta durante el estado de gestación.

Están formados de fibras musculares lisas, de fibras elásticas y conjuntivas, y, en contra de la opinión sostenida por la mayor parte de los anatómicos, sostenemos que contienen fibras musculares estriadas, no adosadas al ligamento, sino situadas en su espesor. Nosotros las hemos encontrado de una manera constante en la porción extrapelviana, en el trayecto inguinal y en la primera mitad de la porción intrapelviana, habiendo podido seguir las en algunos casos hasta las inmediaciones del útero.

El ligamento redondo recibe un ramo arterial que procede de la intermedia¹; de las venas, vierten unas en la iliaca externa, otras en las de los grandes labios, y los nervios proceden de la rama génito-crural. Recordemos que el papel de estos ligamentos es mantener el fondo del útero hacia adelante. Resisten á una tracción bastante fuerte y, bajo la influencia de causas que obren lentamente pueden prolongarse 7, 8 y aun 10 centímetros.

Las dificultades en la operación de Alexander, están en encontrar y distinguir el ligamento redondo, y los datos seguidos por los cirujanos hasta hoy, son los suministrados por Beunier, según el cual, la porción extrapubiana del ligamento redondo es siempre fácil de reconocer por estar comprendida entre el fascia inguino-pubiano colocada por delante y una bolsa grasosa prolongada situada por detrás y encajada, por decirlo así, en el anillo inguinal externo.

Pero resulta que el encontrar el fascia es más difícil que encontrar el ligamento mismo, y en cuanto al lóbulo adiposo no existe en las mujeres delgadas, en las que se observa una capa grasosa continua.

En cambio nos parecen mucho más importantes como dato de reconocimiento las venas que acompañan al ligamento á su salida del conducto inguinal, son siempre fácilmente reconocibles, y por tanto el ligamento que es su satélite, cualquiera que sea el estado de disociación del ligamento á su salida y á nivel de los grandes labios.

He aquí cómo creemos que debe procederse en la práctica de esta operación:

1º Se tira una línea paralela al arco crural, de 5 á 6 centímetros á partir de la espina del pubis; ó más prácticamente á partir de un punto situado á 3 centímetros por fuera de la sínfisis del pubis; se incide la piel siguiendo esta línea y se separan los bordes de la herida.

2º Se busca el orificio externo del conducto inguinal y después el ligamento, investigación facilitada por la presencia de las venas y el aspecto particular del ligamento, el cual se fija con una pinza.

Después se procede en la misma forma que prescribe el método clásico de Alexander.”

Hoy que esta operación ha dejado de ser operación de referencia para nosotros, pues que ya tenemos noticia de alguna practicada en esta capital, no creemos ociosa la publicación de los anteriores datos para que puedan ser rectificadas por los que tienen más ocasión de practicar la ginecología operatoria en nuestro país.

(*La Medicina Práctica de Madrid.*)

¹ Véase *Anatomie de la Trompe utérine*, por Dutillont, París, 1888.