

GINECOLOGIA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE EL SARCOMA UTERINO.

(CONCLUYE).

No pensé usar el proceder de las pinzas recomendado por Péan y Richelot, por repugnarme este método en principio, aun cuando posteriormente, como lo comprueba la segunda observación, me haya dado resultado excelente, consiguiendo acelerar notablemente la curación de la enferma, que á los quince días de operada presentaba una cicatrización completa de la herida.

Creo de mi deber llegando á este punto de mi relato, solicitar una vez más vuestra atención benévola, pues si hasta ahora he procurado hacer un extracto de esta observación, creo que los detalles posteriores á las operaciones de esta importancia y su valorización desapasionada, nos enseñan más que las operaciones mismas, supuesto que ellas pueden ser perfecta y hábilmente ejecutadas y producir un mal resultado ó un resultado incompleto, si no se vigilan y remedian oportunamente los accidentes casi siempre delicados que después de ellas sobrevienen. Pudiera aventurarme diciendoos que una operación medianamente ejecutada producirá mejores resultados que otra que se ejecute brillantemente, pero en la que se descuiden las complicaciones y el cuidado posterior de las enfermas. Digo esto porque se lee en publicaciones y libros principalmente franceses, que la histerectomía vaginal es operación poco grave y no necesita vigilancia estricta después de ejecutada, limitándome á hacer lavados banales para que curen las enfermas en un lapso de 30 á 45 días. Las complicaciones y dificultades técnicas que encontré en la curación de mis enfermas las creo en consecuencia de mayor valor que el escaso que puedan tener mis observaciones bajo cualquier otro punto de vista que se las considere. Contando pues con vuestra no desmentida benevolencia, entro en la descripción de la marcha que siguió la curación desde el momento en que terminó la operación. La duración de ésta fué como ya dije de dos horas y media, necesitando usarse de 4 miligramos de estriquina y 2 centígramos de cafeína administradas por vía subcutánea.

Tardó la enferma cinco horas en volver del choque operatorio y despejarse del cloroformo que absorbió en dosis de 8 onzas. Durante este lapso la pupila se encontró dilatada é inmóvil, la calorificación de ($36^{\circ}2$), el pulso débil é irregular y vómitos moderados obligaron á inyectar otros 4 miligramos de estriquina y á darle á oler nitrito de amylo, con cuyos recursos volvió en sí, y en la noche de ese día 28 de Septiembre, su estado fué el siguiente:

Septiembre 28.—8 p. m.— 120° P. 36° R. $38^{\circ}5^{\circ}$ T. Pulso débil, irregular, pupila contráctil, sudor en las fauces, ligero meteorismo, basca después de los líquidos que ensayan dársele. Se suspenden éstos y se la sujeta á dieta de hielo y champaña. En la madrugada del 29 de Septiembre dolor intenso en el hipogastrio. Píldora pacífica.

Septiembre 29.—9 a. m.— $120-32-36^{\circ}8$. Bienestar general, ligero meteorismo, lavado vesical y orina escasa cargada de uratos. Noche, $36^{\circ}9-112-32$. Pulso más lleno y más regular. Contiene el te helado que se la da, vientre retraído indoloro, ligera náusea. Análisis de la orina recogida desde la operación hasta ahora 60 c.c., olor normal, reacción fuertemente ácida, $d=1,045$, notable cantidad de pigmento biliar, 34,32 de urea en mil de orina, 2,04 para los 60 c.c., 95,15 de materias fijas en mil, muchos cristales de uratos. La escasez y concentración de la orina, profundo abatimiento de la enferma, que fueron gradualmente disminuyendo, así como la basca y la intolerancia por los alimentos, los atribuyo á falta de funcionamiento renal por lo dilatado de la operación, cloroformo absorbido en cantidad y falta absoluta de gases y evacuaciones por el ano. Deberá procurarse tener cuenta de estos primeros accidentes operatorios procurando en adelante disminuir la duración del acto operatorio, administrar sobriamente el cloroformo, usar moderadamente de la estriquina y cafeína, y procurar suprimir el uso del opio que se administró sin mi consentimiento. Lo creo sumamente pernicioso en las operaciones abdominales por la parálisis intestinal que produce, y siempre procuro sustituirlo con otros medicamentos, como anticamina, antipirina. No lo acepto sino en caso de dolor intenso peritoneal, asociado con la atropina, y cuando descartados otros factores como el dolor determinado por el decúbito supino, repleción del vientre, etc., me hacen consentir en su empleo, máxime cuando han fracasado los anteriores medicamentos. Insisto particularmente en investigar si el dolor depende del decúbito supino, porque éste he observado que es superior en molestia al mismo dolor peritoneal, y siempre me ha bastado cambiar la posición de las enfermas, para que cesando aquel síntoma se hagan inútiles los analgésicos.

Septiembre 30.—9 a. m. 112-30-36°6. Durmió bien. Orina de 12 horas = 430 c.c., ácida, sedimento de uratos, d. 1,040, pigmento biliar y uroeritrina trazas, urea 62'93, 28'79, 93'20 fijas. Urato de sosa. 6 p. m.—108-30-37°7. Escurrimiento vaginal, rojizo, no fétido.

Octubre 1°—9 a. m. 112 30 37°1. Curación, la anterior: apósito empapado de serosidad sanguinolenta no fétida. Existen algunas ulceraciones en la vagina. El fondo de la herida se encuentra muy disminuído en su capacidad, no hay dolor ejerciendo el tacto con moderación. Amplio lavatorio con bicloruro al 1 por 4,000. Nuevas mechas yodoformizadas y taponamiento vaginal. Orina de la noche, 500 c.c. d. 1,042, urea 54'71, 27'35, 95'10, uratos, uroeritrina. Alimentos: caldo, yemas de huevo, leche. Purgante de ricino produce varias evacuaciones. N. 108, 28, 37°4.

Octubre 2.—9 a. m. 104, 28, 37°4. Noche. 112, 32, 38°5. Lengua sucia saburral, sed. Placas de vaginitis gangrenosa desprendióse una pequeña tira de la mucosa. Escurre serosidad sanguinolenta por las aberturas laterales de la herida vaginal. Una sola pelota yodoformizada para evitar la compresión de la vagina.

Octubre 3.—M. 37°3, 110. Orina de 12 horas, ácida, 250 c.c., amarillo-claro, d. 1,050, pigmento biliar, 50'05 urea, 12'66, 96'30 uratos. Secreción vaginal disminuída, ligero aumento de la serosidad peritoneal, curación. Tubo en vez de gasas. Noche 37°6, 108, 28.

Octubre 4.—96, 28, 36°8. Noche. 92, 36°7. Orina de 12 horas, 250 gramos, 40'02, 52'78, 13'78, 94'10. Noche. 88, 37°2.—Curación.

Octubre 5.—92, 36°7. N. 92, 37°2.—Curación.

Octubre 6.—84, 36°8. N. 36°6, 82.—Lavatorio bis. Toma alimentos como persona sana, el vientre funciona bien ayudado una que otra vez con lavativas.

La marcha continúa perfectamente y en completa apirexia, la secreción vaginal disminuye y desaparece el 20 de Octubre. La secreción peritoneal se agota, y la herida viene día á día estrechándose hasta constituir una cicatriz fruncida en los ángulos y debido á que se retira el tubo hasta que se convence de que ya no hay secreción. Micción voluntaria y sin sonda.

Noviembre 4.—Extraigo tres puntos de sutura que no se han reabsorbido. Sale de alta el 6 de Noviembre de 1891 notablemente mejorada.

Después la veo con frecuencia y cada vez está mejor su estado general, ha engordado visiblemente y no hay la menor traza de reproducción

neoplásica. Cree sentir malestar general insignificante y bochornos y atirantamiento en el vientre cuando debe venir la menstruación; pero fué necesario que la interrogase con insistencia á este particular, para que me revelase esas circunstancias.

II

Sarcoma embrionario proliferante y ulcerado del cuello del útero, infiltración del parámetro izquierdo de naturaleza dudosa.

Histerectomía vaginal.—Procedimiento Péan.—Curación.

El mes de Enero del presente año concurrió á mi consulta ginecológica del hospital San Andrés la Sra. L. M. de P., quejándose de un padecimiento uterino que hacía poco más de un año venía minando su constitución hasta determinar enflaquecimiento notable y disminución de su energía física. La incomodaba sobremanera escurrimiento sanguinolento y fétido que producía escoriaciones en la piel de las partes pudendas y que no había conseguido hacer desaparecer, por todos los cuidados de aseo que incesantemente tomaba. De vez en cuando sufría dolores pelvianos profundos y no bien definidos, que se irradiaban á la vulva y miembros inferiores, acentuándose en forma de piquetes y pesadez en dichos miembros, y que le imposibilitaban la ejecución de los movimientos necesarios á toda persona que de faenas domésticas se ocupa. La marcha le era penosa no sólo por el cansancio que experimentaba, sino también por sobrevenirle cuando la intentaba, sofocación y lipotimias.

Los antecedentes que anoté ese día en mi libro de observaciones fueron: edad, 46 años; viuda, natural de Uruápan en donde vivió hasta hace 7 años que vino á México, por otro motivo diverso de su enfermedad actual. Su constitución fué siempre buena y no sufrió más enfermedad que el tifo exantemático de forma benigna. Su primera menstruación la tuvo á los 14 años y continuó normal hasta 6 años después que casó. Tuvo 8 partos fisiológicos, lactando á sus hijos y volviendo la menstruación después normal y con ligero aumento respecto de lo que era antes del matrimonio. El último parto data de 10 años, no fué vigilado el trabajo por no esperarlo ni ella ni su familia que concurrió ese día á una fiesta en un pueblo vecino. Sobrevinieron los dolores inesperadamente, fueron arreciando y tuvo la enferma que salir á pedir auxilio á la casa contigua, mas no pudiendo llegar al zaguán de su casa, retornó á su lecho y allí la en-

contraron sus deudos que á poco llegaron. El parto del niño se había ya verificado así como el placentario. Los esfuerzos que en esa apremiante condición hiciera, trajeron como consecuencia la formación de una hernia inguinal derecha que fué acentuándose después del puerperio y llegó á adquirir el tamaño del bubonocelo, por no haberla contenido con vendaje apropiado hasta dos años después. Me llama la atención que no se haya producido la eventración que es más frecuente después de los partos prolongados ó desatendidos, y sin ensayar darme la explicación del mecanismo de producción de la hernia inguinal, sólo me limito á hacer constar esta particularidad. El puerperio no presentó nada notable y la menstruación que vino un mes después de terminada la lactancia de su último hijo, continuó como antes, perfectamente normal durante otros 5 años. Nunca ha tenido leucorrea. Su salud ha sido inmejorable.

La enfermedad actual nació hace poco más de un año acentuándose por prolongación de sus reglas que revistieron el tipo menorragico. Tres meses después la pérdida sanguínea alcanzó profusión algo alarmante para necesitar el taponamiento vaginal y la ergotina que algún médico le administró consiguiendo dominarla con estos recursos. En estos últimos 4 meses la pérdida ha sido moderada, pero le queda después de ella flujo fétilo y sanguinolento. Acusa estorbo de cuerpo extraño en la vagina, sus dolores de cintura aumentan cada día, sufre tenesmo rectal y dolor del lado izquierdo cuando el bolo fecal, con frecuencia endurecido, frota el parámetro izquierdo que reconozco está infiltrado y sensible al tacto. La constipación es habitual en la señora, pero ha aumentado desde que deja de andar por varios días.

Su constitución se ha resentido por la pérdida que aunque no es muy profusa, sí se continúa hasta por 15 días, y en alguna vez la tuvo un mes y medio consecutivo. Se queja de lipotimias, palpitaciones, sensación de sofocación, bochornos, hormiguero y pesadez en los miembros, ligero insomnio y asedías. Se alimenta escasamente y se ha enflaquecido visiblemente en el tiempo que hace está enferma.

No hay ningún antecedente neoplásico en la familia. La madre vive, tiene 70 años y padece reumatismo crónico. El padre murió de neumonía.

En la exploración que hice ese día y en las que repetí posteriormente, encontré: vagina amplia ocupada por el cuello uterino muy abultado, sangrando al contacto del dedo que atrae fragmentos de neoplasma ulcerado; ocupa toda la vagina, tiene el aspecto de un hongo, pero se conserva el orificio externo el cual está entreabierto hasta permitir el paso de la

falange ungueal, conserva su mucosa engrosada. La neoplasia afecta esencialmente el parénquima del cuello y se extiende bajo forma de infiltración hacia el fondo de saco vaginal posterior, continuándose hacia el parámetro izquierdo que da la sensación de una cuerda tirante y dolorosa, bien perceptible por tacto rectal, y que disminuye los movimientos del cuerpo uterino y la báscula del órgano, que en esta vez ni en las posteriores intenté ver si era completa, aplazando la busca de este signo importante y decisivo para la práctica de la histerectomía vaginal, para cuando administrara cloroformo y pudiera con toda libertad buscarlo; pues la consistencia deleznable del neoplasma y el dolor que despertaba el contacto digital, me hacían caer en error, si me empeñase en buscar dicho signo en condiciones desventajosas. El fondo vaginal anterior se conserva intacto, la vejiga desliza perfectamente. El cuerpo uterino ligeramente crecido se encuentra en mediana retroposición é inclinado hacia la izquierda. El parámetro y anejos derechos no se hallan abultados. El ligamento ancho distendido en su base. La cavidad uterina ligeramente ensanchada. El cateterismo es fácil y no provoca dolor. El tacto rectal permite sentir el cuerpo uterino y el engrosamiento paramétrico, la mucosa retal desliza sobre estas partes con facilidad.

El análisis de un fragmento de tejido enfermo revela se trata del sarcoma embrionario.

El examen general de la enferma me enseña que existe un soplo en la base del corazón que se propaga á las carótidas y ocupan el primer tono pasándolo ligeramente; la área cardíaca normal, por lo que creo que es de origen hemático (anemia). La auscultación pulmonar acusa ligero debilitamiento del murmullo respiratorio, hacia las vértices.

Aconsejé y fué aceptada la histerectomía, que tuve que aplazar por tener pocos días después la enferma la *grippe* benigna. Dejé pasar algún tiempo cuidando de que sus funciones respiratorias fueran normales para poder administrarle sin peligro el anestésico.

Deseché la amputación alta por la infiltración del parámetro que creí necesario reseca á toda costa, para asegurarme de la recidiva neoplásica en este punto, y vacilé en si podría practicar la operación vaginal, por faltarme el signo de movilidad del útero, alentándome á ejecutar en caso que éste faltase la extirpación por vientre y vagina, que aconsejan y ejecutan Martín y Veit después de poco tiempo, en casos semejantes al presente.

El día 14 de Marzo de este año procedí á la operación con la bené-

vola asistencia de mis queridos amigos los Sres. Dres. J. Terrés que administró el cloroformo y F. Bernáldez, A. Ruiz Erdozain, O. Vázquez Legorreta, Juan Casasola, P. Peredo y J. Guevara, quienes se ocuparon de asistirme en la ejecución de la operación. Me es grato patentizarles una vez más mi profunda gratitud por su valiosa y desinteresada asistencia.

Profundamente anestesiada la señora pude tomar el cuello en su raíz y atraerlo con toda facilidad hasta la entrada de la vulva, lo que me bastó para insistir en la operación vaginal desistiendo del otro camino antes citado. Hice una rigurosa desinfección vaginal y raspé el cuello degenerado hasta reducir notablemente el volumen; cautericé con el termocauterio Paquelin la superficie sangrante, y después de amplia irrigación con lisol al 2 por ciento, dividí circunferencialmente la inserción de la vagina al cuello, salvando la infiltración del fondo de saco vaginal posterior hasta que tuve certeza de encontrar mucosa sana. Despegué cuidadosamente la vejiga con mi dedo, y en seguida la cara posterior del cuello y cuerpo uterinos. Atraje el cuerpo hacia la vagina y sintiendo perfectamente ambos ligamentos pude colocar dos largas pinzas de Terrier hasta su borde superior, procurando alejar hacia afuera la pinza del lado izquierdo, salvando el endurecimiento ya mencionado. Corté á raíz de las pinzas ambos ligamentos, basculé hacia adelante el útero, habiendo previamente envuelto el fragmento de cuello ya desinfectado, y para mejor seguridad, con compresa aséptica, impidiendo así toda infección de la superficie serosa, que dividí, ó más propiamente desgarré con el dedo. Las trompas de Falopio se presentaron una vez vasculado el útero, ví que estaban sanas y coloqué dos pinzas largas para dividir las un centímetro afuera de su entrada al útero. Los intestinos y el epiplón solo asomaron un momento. Irrigué ampliamente la herida que sangró poco, taponé con gasa yodoformizada procurando envolver con ella las pinzas para evitar la presión de éstas con la herida y vagina. Coloqué una sonda vesical de Nelatón. No usé ni un momento de valvas separadoras. La operación duró treinta minutos emprendiendo la curación, la enferma absorbió muy poco cloroformo, y no se le hizo inyección de ninguna substancia para reanimarla.

El procedimiento de Péan es excelente por su rapidez, particularmente si se trata de enfermos agotados por padecimientos anteriores. No me arrepiento de haberlo seguido, pues con el de Oulahausen que practiqué en la 1ª Observación, me hubiera dilatado una hora y media por lo menos, y es de toda evidencia, que la infección peritoneal, que traté de evitar acortando el tiempo de la operación y protegiendo el cuello degenerado, como

antes especificué, hubiera tenido el tiempo de hacerse. Por otra parte, no hubiera podido hacer la ligadura del ligamento ancho hasta el punto sano en que pude colocar mi pinza, pues os habrá acontecido en semejantes casos, ver que las ligaduras se trozan, y ello ocasiona una pérdida notable de tiempo. A la altura en que dicho ligamento se encontraba sin infiltración tenía que haberse manipulado á ciegas y estorbado por la presencia del útero, que por su báscula, ocupaba toda la cavidad vaginal. No quiere esto decir que siempre prefiera el proceder de Péan, pues alguna vez tendré oportunidad de hablaros de las dificultades que presenta en otros estados patológicos del útero, pero que es excelente y el único quizá que pueda emplearse, cuando por motivos diversos se encuentre enclavado el órgano, como acontece particularmente en las lesiones pelvianas supurativas, en las que recomienda calurosamente su ejecución la mayoría de la escuela francesa.

En la tarde de ese día la enferma acusó gran dolor en la espalda, el decúbito supino era insoportable y me ví obligado á voltearla de lado, descansando desde este momento y pudiendo dormir algunos ratos de la noche.

Marzo 14.—5 p. m. 104-50-37°2.

Marzo 15.—112-48-37°3. Meteorismo hasta zona umbilical. Ligero escurrimiento sanguinolento. No ha expelido gases por ano—lavativa de manzanilla y valerianato de amoníaco (30 gotas). Vejiga helada al vientre. Cucharadita de agua gaseosa helada y Champaña para la sed que es intensa.

5 p. m. 104-36-37°8. Quité las pinzas 24 horas después de la operación, no hubo dolor ni hemorragia y la enferma descansa después de esta maniobra, disminuyendo. Orina de 24 horas por sonda permanente, 400, c. c., aspecto transparente. Aséptica $d=1.030$. Urea 40,02 m. mil, 24'04 suls. fjs. 69'90 urato de sosa; ácida. Curación: poco líquido retenido aséptico.

Marzo 16.—7 a. m., 114-36-37°8. Durmió poco. Hay apetito y pide alimento que se le niega. Lengua saburral y seca. Basca después de tomar los líquidos. Tos; esputos herrumbrosos; disnea; dolor pleurítico del costado izquierdo; algunos estertores gruesos en la base del pulmón izquierdo. Curación. La herida reducida y formado su fondo por el peritoneo que ofrece un aspecto blanquecino. Escurren del fondo y lado izquierdo algunas gotas de pus fétido. Es indudable que el lavatorio antiséptico no alcanza la superficie de los muñones de los ligamentos, intento introducir

la cánula de vidrio, pero el contacto de unas cuantas gotas del líquido despiertan un dolor vivísimo que prontamente se generaliza á todo el vientre entorpeciendo la respiración; viéndome obligado á desistir de mi intento y á inyectar un milígramo de morfina para calmarlo en pocos instantes. Creo que el dolor peritoneal se despertó por simple contacto ó traumatismo producido por el líquido, y no por su acción irritante, pues en otras enfermas y en esta misma pude más adelante efectuar amplísimas irrigaciones de solución de lisol, sin ver sobrevenir este síntoma.

Terminada la curación descubrí accidentalmente extensas placas de erupción herpética en ambas regiones glúteas, en la piel anterior de las rodillas, y una oblonga de tres centímetros, que partiendo de la comisura bucal derecha se extendía hacia el carrillo. Creí al pronto y lo ratifiqué en la tarde de ese día, que se trataba de manifestaciones artríticas de origen septicémico, pues la temperatura subió á $39^{\circ}8$ p. 132 rp. 42 acompañando á este cuadro; sequedad de la boca, lengua saburral, constipación y malestar general, sin que existiese aumento en el soplo cardíaco que existía antes de la operación, ni ninguna modificación apreciable de los ruidos cardíacos. La tos continuaba, pero la expectoración había disminuído y el esputo era mucoso. Administré primero purgante de magnesia (citrato) y mañá, el cual produjo varias evacuaciones. En la noche dí quinina y antipirina por sostenerse en 39° la temperatura.

Marzo 17.—7 a. m. 120-39-38 $^{\circ}2$. Curación. Mal olor y aumento de la secreción de la herida. Lavatorio amplio superficial, se despierta el dolor cuando trato de hacerlo profundo. Erupción eritematosa semejante al eritema nódoso en la cara anterior de los muslos y piernas y también en la piel de la región *sacra*. Tiene la forma de anchas placas dolorosas que hacen relieve sobre la piel vecina. Noche.—7 p. m. 132-36-37 $^{\circ}7$. Curación en la tarde. Sigue el mal olor. La temperatura desciende lentamente después de la curación hasta ser 37 $^{\circ}7$ p. 132 r. 36 á las 11 p. m. Quinina y alcalinos.

Marzo 18.—7 a. m. 130-36-38 $^{\circ}4$. Una curación mejor soportada y abundante lavado. 8 p. m. 140-36-37 $^{\circ}5$. Tiende á apagarse la erupción.

Marzo 19.—8 a. m. 120-40-38 $^{\circ}$. 7 p. m. 128 40 38. Tres grandes inyecciones profundas y bien toleradas.

Marzo 20.—8 a. m. 108-38-37 $^{\circ}5$. 8 y 30 p. m. 108-42-37 $^{\circ}4$. Tres inyecciones. Desapareció la erupción cutánea.

Marzo 21.—8 107-42-37 $^{\circ}5$. 7 p. m. 108-36-37 $^{\circ}8$. Tres c. c.

Marzo 22.—7 a. m. 96-30-36 $^{\circ}7$. Bochornos, cefalalgia, malestar,

algunas gotas de sangre en las gasas profundas. Lengua sucia; adolecimiento de vientre y cadera; dolor en los senos. Creo que es el molimen menstrual, pues corresponde en fecha á la regla. Noche.—7 p. m. 96-33-37°7.

Marzo 23.—7 a. m. 96-30-37°. Bienestar general. 7 p. m. 96-42-37°6. Buen sueño; poco mal olor; sangre menstrual. Se aumentó el alimento.

Marzo 24.—8 a. m. 94-33-37°3. N. 8 p. m. 96-37-37°1.

Marzo 25.—84-30-36°6. 7 p. m. 88-30-37.

No vuelve á elevarse la temperatura, el período desapareció.—Líquido del lavatorio sin olor.—Cicatriz muy avanzada, solo falta hacerse en los ángulos.

Marzo 31.—Cicatriz completa—ligera dureza en parámetro izquierdo.—Ninguna secreción.—Pasea por el cuarto.—se ha repuesto notablemente.—Toma toda clase de alimentos y los digiere bien.

La curación se obtuvo en 15 días y la creo debida á las irrigaciones copiosas y frecuentes que se hicieron.

Hubo indudablemente fenómenos septicémicos hasta el 22 de Marzo y es muy curioso cesaran éstos y bajara la temperatura coincidiendo con la menstruación que apareció escasa y pronto desapareció.

Después no acusa trastorno menstrual y creo que los ovarios se atrofian y dejan de funcionar en estos casos.

¿Debe de concluirse de esta observación, que la histerectomía vaginal sea una operación tan benigna como dicen los autores? Creo que en parte y en casos semejantes, la intervención quirúrgica es menos grave que antes, pero que no deja de ser delicada, por los accidentes septicémicos, que si en esta vez pudieron dominarse en corto número de días, otras veces como me ha sucedido, los recursos terapéuticos son impotentes para salvar la vida de las enfermas.

Que el proceder de las pinzas fué inmejorable por el tiempo tan corto en que se hizo la cicatrización, me parece indiscutible, pues el proceder de ligaduras detiene la curación por no absorberse ni eliminarse los hilos, necesitando el cirujano extraerlos por maniobras de tracción que pueden producir desgarraduras, exponiéndose á infectar la herida. Podría objetarse que aunque lento este último proceder, da más garantías para evitar los accidentes septicémicos, pues la presión de los tejidos por medio de las pinzas, contunde los tejidos, y mientras las escaras se desprenden, no puede hacerse la debida antisepsis de los muñones, por encontrarse éstos retraídos hacia el vientre. En teoría son buenos estos razonamien-

tos, así como que la adhesión de la herida vaginal impide solo hasta cierto punto la contaminación de la superficie peritoneal por el aire exterior y por los gérmenes en que es tan rica la vagina; pero prácticamente dejando ampliamente abierta la herida peritoneo-vaginal, el líquido anti-séptico penetrará en mayor abundancia y más pronto cicatrizará la herida. Es también notable la inocuidad relativa de las operaciones vaginales, en las que rara vez puede suturarse la serosa, si se compara con el pronóstico más sombrío que ofrece la laparotomía, aún cuando se canalice la cavidad serosa. A primera vista sorprende el hecho, pero si se reflexiona un poco, se verá que en las operaciones efectuadas por el vientre, no se atreven los cirujanos á lavar reiteradas veces la cavidad abdominal temiendo, con justicia, que se quede gran parte del líquido retenido ó que se extienda la infección á todas las vísceras. Esto á juzgar por la práctica de los cirujanos rusos (que únicamente la siguen y la recomiendan calurosamente); también es teórico, pues las estadísticas de laparotomías en esa nación han demostrado cómo por medio de abundantes y frecuentes lavados peritoneales han logrado escapar de una muerte cierta, enfermas de quistes múltiples del ovario, operadas en tan malas condiciones como son la ruptura y derrame de los líquidos sépticos al peritoneo. Siendo este un punto interesantísimo, me atrevo á señalarlo por ahora, y tengo la esperanza de que algún día ocupará preferentemente la atención de la corporación.

Otra observación para terminar es la práctica que siempre he seguido en quitar las pinzas antes de las 24 horas de operadas las enfermas, pues he encontrado que al cabo de este tiempo no se ha presentado hemorragia en ninguna de las enfermas; que éstas descansan y se alivian de su dolor hipogástrico, y que finalmente, aún á las 24 horas salen las pinzas cubiertas de sangre desecada que si más tiempo permanecieran (como aconsejan la mayoría de los operadores, 36 y 48 horas), se descompondría y la septicemia sobrevendría más pronto. Rara vez por el propio motivo retardo la primera curación más allá de 24 horas, porque en caso de seguir el método Holshausen, he observado que retiene una cantidad regular de líquidos y que alguna vez la temperatura ha llegado á 39°, abatiéndose tan pronto como se da salida á la secreción.

Enero 25 de 1893.

FRANCISCO HURTADO.

