

adelantar en lo relativo á la etiología de esa enfermedad lo mismo que lo hicimos, á propósito de la malaria, cuando estaba universalmente reconocido que los pantanos eran los que originaban el desarrollo de la enfermedad. Se sabe ahora que por pantanoso que sea un lugar, si no existen allí mosquitos del género *Anophelex*, que es el que trasmite la enfermedad, las fiebres intermitentes no se desarrollan.

Se desecha ahora completamente la teoría que se admitió en la ciencia durante muchos años y según la cual, los gérmenes de la malaria se desprendían de los terrenos pantanosos envueltos en esa especie de niebla. Los gérmenes de la malaria no se desprenden de los pantanos: los moscos, que llevan consigo estos gérmenes, son los que producen por sus piquetes la transmisión de la enfermedad. Así es que ahora está ya perfectamente observado que no se puede dar ningún caso de paludismo sin que haya el antecedente de la picadura de esos insectos.

Por lo que respecta al tifo, es muy probable que pueda transmitirse por el mosquito, pues como dice el Sr. Herrera: (1) «Teóricamente todas las enfermedades inoculables pueden tener por vehículo el mosco, que es una especie de jeringa de Pravas alada y traidora.»

«Hemos hecho, en efecto, una observación que no deja ninguna duda; al examinar á los moscos durante la noche, se les ve caminando lentamente sobre toda superficie, sobre todos los objetos, palpando y quizá probando todo con su trompa y recogiendo infinidad de partículas con las cerdas que hay en la punta de aquel órgano y que siempre parecen sucias, cuando se les examina con una lente de gran aumento.

«Pero hay un medio sencillo de confirmar la opinión que precede: disponer una mezcla de polvo de anilina y azúcar, en diversas partes de una pieza y en cantidades casi inapreciables; al día siguiente el 50 por 100 de los moscos tienen algunas cerpos de la trompa cubiertas de polvos coloridos.

«Semejantes peligros merecen la atención de los higienistas y se debe combatir eficazmente esta terrible plaga, no sólo por las molestias que pueda causar, sino por ser el vehículo posible de toda inoculación.»

(1) Boletín de la Comisión de Parasitología Arícola, Tom. I, Núm. 2.

Como un dato preliminar que se debe tomar en consideración, manifestaré que comparando el plano de la Ciudad de México donde se hallan anotados por la Comisión de Parasitología, los lugares donde hay abundancia de moscos, con el plano de la misma ciudad, donde se anotan por el Consejo los casos de tifo, se puede ver que los cuarteles 2 y 3 coinciden en los referidos planos, es decir, que son los que tienen más moscos y más tifo. No creo que la propagación por medio de ese insecto sea la única, ni tal vez la principal, pero sí debe averiguarse si existe.

Mientras tanto, ya que las autoridades procuran extinguir la plaga de los mosquitos por medio de la desecación de los pantanos en algunos casos y por el uso del petróleo en otros, los particulares deben coadyuvar al mismo objeto, poniendo en práctica todos los medios que la referida Comisión de Parasitología ha recomendado para ese fin, pues de lo contrario, es imposible que nos veamos libres de una plaga que, no cabe duda, tiene más inconvenientes que las simples molestias de los piquetes.

México, diciembre 18 de 1901.

DOMINGO ORVAÑANOS.

## CIRUGÍA GINECOLÓGICA

ALGUNAS IDEAS

### SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

DE LAS RETRO-DESVIACIONES UTERINAS

La corrección de las retro-desviaciones uterinas por medios quirúrgicos, se impone desde el momento en que el diagnóstico no deja duda, siempre que la posición anormal determine síntomas importantes.

En la actualidad, se acentúa entre los cirujanos marcada tendencia á intervenir, por insignificantes que sean las perturbaciones reveladas por las enfermas, fundando su conducta en la consideración de que más adelante las manifestaciones congestivas, la metritis sola ó con su cortejo de lesiones anexiales y de contorno no tardan en sobrevenir, tomando con frecuencia tal incremento, que andando el tiempo se necesita ejecutar para dominarlas, intervención amplia y

mutiladora, que puede y debe evitarse en todo caso, interviniendo quirúrgicamente muy en los principios de la dolencia.

Para fundar esta aseercción, basta recordar á grandes rasgos la patogenia de las lesiones que origina la posición defectuosa del órgano gestador, simplificándose el razonamiento, si nos colocamos en aquellos casos concretos en los que es más común encontrar en la clínica el complejo sintomatológico, cuando después de un parto regularmente laborioso en mujer primípara, que sufrió puerperio ligeramente accidentado por sépsis, se reconoce en los primeros meses transcurridos desde el alumbramiento, que la matriz subinvoluta apoya su fondo en el suelo de la pélvis, del cual se puede desprender con notoria facilidad por maniobra bimanual, sin poderse conservar en la posición que se aproxime á la normal, y en cuya paciente existe endometritis, siendo las reglas moderadas aún, pero tendiendo á hacerse menorrágicas, y en la cual, finalmente, ya se ejecutó la legración sin éxito y todos los recursos aconsejados, sin obtener el resultado apetecido.

¿Se debe intervenir en este supuesto?

En mi concepto, es conveniente hacerlo por haber palpado las funestas consecuencias que con el tiempo produce el abandono y la falta de cuidados oportunos, sucediendo que aun empleándose éstos, la flexión ó la versión uterina que al principio solamente determinó la congestión del órgano, origina después la metritis y las lesiones anexiales por la defectuosa canalización útero-tubaria, que es consiguiente á la flexión exagerada, por el aumento de peso del cuerpo de la matriz, viniendo en ocasiones á generarse las flegmasías de contorno que en un grado avanzado producen la fijación de la entraña al piso de la pélvis ó á la cara anterior del recto, complicándose la situación y siendo preciso intervenir por la cirugía con tal amplitud, que en los casos crónicos de la dolencia tenemos que ejecutar la mutilación de los genitales internos, en la imposibilidad de poderlos conservar.

¿Debemos esperar á que por medio del masaje, aplicación de pesarios, taponamiento vaginal descongestionante, ó que por la posición ventral, difícilmente aceptada por la generalidad de las enfermas, la matriz sea definitivamente repuesta y entre el caso en la normalidad?

No faltan autoridades científicas que recomienden la contemporización; pero de seguir esta conducta, hay que tener en cuenta la indocilidad y natural abandono de las pacientes, así como el fracaso que aquellos recursos producen, siendo en principio partidario de la intervención quirúrgica, después de haber esperado con prudencia algunos meses.

No es mi intento hacer la crítica de las prácticas terapéuticas de contemporización, ni mucho menos de las personas que las siguen con perseverancia, pero mi práctica personal me ha demostrado la inutilidad de aquellos recursos, y entre otros ejemplos que pudiera citar en apoyo de esta creencia, me concreto á referir el de una señorita de treinta años, cuya constitución se encontró debilitada por la neurastenia y los sufrimientos de caracter neurálgico que su dolencia la acarreó después de seis años, la que consistía en retroversión móvil en los principios, que después se tornó adherente á pesar de los cuidados que asiduamente la impartía uno de nuestros más reputados ginecólogos, quien perseveró por más de dos años en hacer la reposición manual de la matriz dos veces por mes, y casi sin más interrupción que la que obligaba á guardar la menstruación que venía siempre con acerbos dolores pero con toda regularidad.

Dicha enferma siempre experimentó dolor agudo después de las curaciones que tenían lugar en el consultorio del especialista, de cuya casa marchaba á guardar el lecho en la suya, muchas ocasiones hasta por espacio de dos semanas, pasadas las cuales volvía con heroicidad suma á hacerse atender por su médico en quien tenía absoluta confianza, hasta que, no pudiendo soportar más este ciclo de sufrimiento perenne, me consultó á fines del año noventa y cinco.

Explorándola, la encontré en situación muy delicada: el tacto bimanual fué muy doloroso, me reveló metritis vaginal y retroflexión adherente, imposible de desprender después de una sesión de anestesia clorofórmica, que verifiqué después de algunos días, siendo de mi estricto deber advertir que esto pasaba después de algunos meses que la señorita había dejado de curarse, por creerse fuera de los recursos de la medicina y habiéndose agriado su carácter en sumo grado.

Aunque se creía incurable no me fué difícil convencerla de la necesidad urgente que había de

someterla á una operación que había de consistir en abrir el vientre y reponer la matriz dislocada, fijándola en la nueva posición como mejor pudiera hacerlo, en vista de los desórdenes que mi intervención había de rectificar en el momento de ejecutar la operación.

Procedí á operarla, después de calmar la neurastenia por los tónicos nervinos, lavativas laudanizadas, bromuros y cloral, é hice la laparotomía mediana suprapúbica, desprendí las fuertes adherencias que fijaban el fondo del útero al piso pélvico, cautericé los ovarios microquísticos, pudiendo realizar por la primera vez el acortamiento de ambos ligamentos redondos, fijándolos en seguida á los labios de la herida del peritoneo, en el ángulo inferior de ésta, como aconseja que se haga Doléris, cuya experiencia es grande en este proceder, y á quien se debe haber demostrado que por esta fijación la matriz permanece en un grado de moderada anteversión y que entre ella y la pared abdominal no queda suficiente espacio por el cual pudiera insinuarse y sufrir extrangulación alguna asa del intestino, que es el temor y el reproche que prácticos distinguidos han venido haciendo á los procedimientos de *pexis* uterina semejantes al que me ocupa, debiendo decir que en aquella época aún no se había pensado en seguir de una manera sistemática la práctica del acortamiento de los ligamentos redondos, complementada por el acortamiento de los alones del ligamento ancho, como hoy se hace en centenares de casos, y que el mismo procedimiento de Doléris era tan poco conocido que la generalidad de los cirujanos optaban casi siempre por la amplia ventro fijación uterina que suministran los procedimientos de Olshausen y Terrier.

Fué la primera vez que dejé de hacer la ventro fijación por tener vivo el recuerdo de un hecho por mí comunicado á esta H. Corporación, en el cual se trató de una mujer en quien conseguí corregir exagerado prolapso vagino-uterino por amplia autoplastia vagino-perineal y por la ventro fijación de la matriz que llevé hasta cerca del ombligo, en la cual se produjo un año después extenso desgarro del útero al ir á verificar su alumbramiento la enferma en la Maternidad, en donde ignoraron los antecedentes operatorios y creyeron los practicantes encargados del servicio que podría verificarse el parto por la vía natural,

y retardándose éste aplicaron el fórceps, ocasionándose después de la intervención metroperitonitis aguda, de la cual sucumbió la paciente al sexto día y se encontró en la necropsia como sitio de la ruptura la inserción vaginal derecha del cuello y parte de la cicatriz de la colpoperineorrafia anterior, siendo notable la grande extensibilidad de las adherencias peritoneo-uterinas, que permitieron el desarrollo al término de la gestación.

Este hecho que consta pormenorizadamente en las actas de nuestra Corporación, me impresionó al grado que pensé desde entonces, tratándose de mujeres en plena actividad sexual, en substituir la ventro fijación en los casos de prolapso por otra operación que no diese lugar á tan graves complicaciones, que solamente pueden salvarse apelando á la operación cesárea en semejante emergencia.

La misma objeción se hace actualmente á la fijación de la matriz por la vagina cuando se tratan por celiotomía vaginal los padecimientos genitales, por más que los cirujanos que la adoptan, aduzcan como principal fundamento de su inocuidad respecto de la distocia futura, la no fijación del fondo del órgano, el cual en la correcta aplicación del método, sólo queda adherido por parte de su cara anterior á los órganos inmediatos, pudiéndose desarrollar libremente por el crecimiento predominante de su fondo, cuando la cavidad se encuentra distendida por el producto de la concepción.

No obstante que las estadísticas son relativamente favorables á este proceder de *pexis* vaginal, no dejan sin embargo de obscurecerse por hechos distócicos que han obligado á los operadores á ejecutar la cesárea, por cuyos hechos desfavorables se ha venido á convenir, que la histeropexis vaginal muy útil fuera de la genitalidad, es operación peligrosa en el contrario evento, al mismo grado que lo es la ventro fijación aplicada á remediar el mismo género de alteraciones de la estática de los genitales internos.

Reduciendo las indicaciones operatorias á los simples cambios de situación de la matriz no acompañadas de prolapso, se hace indiscutible en mi concepto la preeminencia que ofrece el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos, sobre las histeropexis vaginal ó abdominal, vanándose la vía que se escoja para realizar

el primer intento, según sea la costumbre ó la habilidad del cirujano, punto esencial de mi presente incompleta labor, y sobre el cual me permito emitir algunas ideas que son el fruto de mi corta experiencia en este particular.

Cuando hemos hecho el diagnóstico de posición viciosa de la matriz moderadamente adherida al suelo de la pélvis, creo que no hemos resuelto todas las incógnitas que los hechos clínicos comportan, pudiendo quedar duda sobre el estado real de los anejos á pesar del examen bajo la anestesia clorofórmica, que llegamos á creer que está indicado ó con la anestesia que procura la inyección intrasaquídea de cocaina.

Podemos tener la convicción de que los anejos guardan su posición normal ó que están más ó menos desalojados, pero entre saber la posición topográfica de estos órganos y el estado de alteración íntima que hayan sufrido, en virtud de esclerosis y degeneración quística, que es tan frecuente que exista y que suele no revelarse con el mismo aparato sintomatológico en todos los casos, estas perturbaciones anxiales hay que tratarlas quirúrgicamente, y por tal motivo he acentuado más de una vez mi preferencia por la celiotomía abdominal, encontrándola justificada por los hechos de curación de las pacientes que he tenido la honra de presentaros en distintas ocasiones, habiendo tenido la satisfacción de que hayais comprobado mi aserto en lo tocante á la fijación correcta y persistente de la matriz métrica y retroflexada, que he realizado por el acortamiento de uno ó de ambos ligamentos redondos y la fijación de los muñones que resultan al peritoneo parietal, dejando libre con este proceder la cara anterior y el fondo de la víscera, la cual permanecía indolora después de uno ó dos meses transcurridos desde que se efectuó la fijación.

Hice resaltar en su oportunidad como pude á la vez en estos casos hacer las operaciones conservadoras que requirieron el estado de los anejos y la flegmasía de contorno, siempre teniendo á la vista aquellos órganos que puede atraer fuera de la herida abdominal, después de la destrucción de las múltiples adherencias que los fijaban al útero ó á los órganos vecinos así como á las paredes de la pélvis.

No entra en mi ánimo atacar abiertamente las operaciones fijadoras que se ejecutan por celio-

tomía vaginal, pero insisto en sostener que la histeropexis amplia que se elije para corregir las retrodesviaciones uterinas dentro de la época de la genitalidad de las enfermas, es operación de éxito dudoso en el porvenir, ocasionando serios trastornos durante el embarazo y el parto, y que en consecuencia el paralelo debe establecerse entre el acortamiento ligamentario limitado solamente al acortamiento de los ligamentos redondos ó complementado de igual reducción aplicable á los alones del ligamento ancho de ambos lados, operación que puede ejecutarse por una ú otra vía, según dije antes, sea la predilección el hábito y los resultados obtenidos por el cirujano.

Comprendida en estos términos la terapéutica quirúrgica de las retrodesviaciones libres ó adherentes, simples ó complicadas de otras lesiones, resulta el medio ideal por excelencia por dejar libre al órgano gestador y evita toda consecuencia funesta en el porvenir, aún en el supuesto de necesitarse fijar los muñones ligamentarios al peritoneo parietal, á cuyo aserto responden entre otras las numerosas estadísticas recogidas por Dolèris y Epinelli en Francia y en Italia respectivamente.

Comenzando por la consideración de la vía alta para ejecutar tan feliz innovaciún aplicada en estos últimos años á combatir afección tan accidentada y de tan funestas consecuencias como acarrea á las pacientes, sería ocioso que me detuviera haciendo palpables las ventajas que ofrece este camino, cuando es que ya he creído suministrar la prueba con la presentación de hechos de mi personal experiencia á los que me voy á permitir agregar un caso reciente de mi práctica hospitalaria, que me ofrece el interés de ser el segundo en que he podido ejecutar el acortamiento de los ligamentos redondos, sin fijación ventral de los muñones músculo-serosos, hecho que exhibiré muy pronto al ilustrado examen de mis consocios y tan luego como la enferma pueda presentarse.

(Continuará.)

tos de la Fisiología.» Se declaró comprendido en la fracción II del artículo 74 del Reglamento.

El Dr. Hurtado presentó cuatro operadas: dos que lo fueron por neoplasias abdominales y dos que sufrieron la extirpación de los ganglios simpático-cervicales como tratamiento de la epilepsia. En los apuntes que leyó y que van anexos á esta acta, constan las principales particularidades clínicas y operatorias de estos cuatro casos.

Se nombró al Sr. Vázquez Gómez para examinar á las pacientes é informar á la Academia en la sesión próxima.

ISMAEL PRIETO.

## CIRUGÍA GINECOLÓGICA

### Algunas ideas sobre el tratamiento quirúrgico de las retro-desviaciones uterinas.

(Concluye)

#### Observación clínica.

Lorenza Montoya, de Querétaro, de 30 años de edad, sirvienta, viuda, ingresa al servicio de Cirugía de Mujeres del hospital de San Andrés el 23 de Noviembre pasado. Su constitución es regular y refiere que en la infancia padeció tifo y neuralgia del trigémino. Desde los 14 años que empezaron sus reglas fueron abundantes los tres primeros meses, acortándose en duración y cantidad los posteriores, hasta su primer parto que tuvo verificativo al año y cuatro meses, pues se casó casi en seguida de la instauración de las reglas. Tuvo como total tres partos eutócicos y dos abortos, de dos y cuatro meses, antes del último parto que se efectuó el año noventa y cuatro. Desde esa última fecha no acusa otra dolencia que la que produjo un fuerte traumatismo que sufrió en Mayo del año actual, cayendo de una escalera y sintiendo fuerte dolor de cadera, que la obligó á guardar cama veinte días, experimentando desde entonces dolor al orinar y frecuencia excesiva de la orina (pola-kuria), que al salir babeando impregna la vulva y los muslos, que se encuentran bañados incesantemente, é irritada la piel por la presencia continua de aquel líquido

La existencia de la incontinencia de la orina y la presencia de dos cicatrices plegadas de bubón inguinal, de que no hizo mérito la enferma en el interrogatorio, así como la cistitis crónica que existe y que motiva la incontinencia, hacen muy probable la naturaleza blenorragica del padecimiento que la hizo entrar al hospital.

La exploración reveló cistitis intensa, incontinencia de orina; vaginitis exacerbada y sostenida por la caída incesante de la orina á la entrada de la vulva y vagina; la enferma despidió el olor de las fistulas urinarias, y explorándola en este sentido no se encuentra más que dilatación de la uretra. El cuello del útero, situado detrás del púbis y el cuerpo en retroversión móvil y crecido por metritis. Existe en el fondo lateral derecho de la vagina tumefacción difusa que se continúa hasta cuatro dedos arriba del púbis, que es el límite del anexo derecho, la cual se interpreta como debida á proceso neoplásico de la base del ligamento ancho, ó á quiste anexial descendido hasta este sitio. El fondo anterior vaginal se encuentra igualmente ocupado por un cuerpo blanco situado entre la vejiga y la matriz retrovertida, y la palpación de esta región ocasiona dolor, motivado principalmente por la cistitis crónica.

Se diagnosticó metro-anexitis, retroversión ligeramente adherente, probable quiste ovárico derecho y cistitis blenorragica con incontinencia de orina.

Se tuvo en consideración la posibilidad de embarazo tubario subligamentario por existir amenorrea de tres meses y calostros en los senos cuando la enferma entró al hospital así como por la tumefacción que dije existía en el lado derecho de la pelvis.

Estudiándola después, siempre se encontraron los propios signos apuntados, y poco adelantó la diagnosis, y por la falta de escurrimiento sanguíneo en mínima proporción por la vagina se creyó muy poco probable la existencia de preñez anormal.

Se instituyó tratamiento antillogístico para descongestionar los órganos pélvicos, se hicieron lavatorios cotidianos vesicales con solución de protargol, y al interior se administró bajo forma capsular, benzoato de sosa, asociado con salol y esencia de trementina.

Conceptué el hecho como de acumulación parcial y difusa del tejido celulo grasiento más propia.

mente que de lipoma difuso, y la circunstancia de seguir topográficamente la dirección de los troncos vasculares me explicó la patogenia de tal acumulación, recordando el desarrollo histogénico del tejido celulo-grasiento esclarecido por Renant, Cajal y otros histólogos, los cuales han sido impresionados por la constancia de ver orientarse las células que lo constituyen al derredor de los ramitos vasculares de nueva formación, al lado de los cuales se disponen aquellas, á la manera de los *acini* de las glándulas en racimo.

El hecho en cuestión, aunque raro, no debe sorprendernos, pero es más frecuente encontrarlo en otras regiones del cuerpo constituyendo la adiposidad parcial, y si lo señalo es por creer que es de tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial, que está erizado de dificultades en esta región de la pelvis, que ya dije es la que corresponde al lóculo de la arteria hipogástrica.

Atraído el útero fuera de la herida mediante la aplicación de la erina de garfios aplicada sobre su fondo, y después de destruir adherencias peritoneales poco resistentes, reconocí que la posición viciosa era ocasionada por varios factores, los cuales fueron: la metritis que aumentó el volumen del órgano, las adherencias posteriores que contribuyeron á mantenerla, la sobreposición de la grasa que actuaba como un cojín compresor, y, por último, la relajación de los ligamentos redondos, que encontré muy alargados y laxos.

Antes de acortar á estos últimos, extraje los anexos que encontré degenerados por la esclerosis, puncioné y resequé un quiste mayor en el derecho, cautericé el parénquima con el termocauterio é hice la salpingostomía en ambos lados; cautericé el peritoneo pélvico, y, de paso, observé que existían várices sobre el alón ligamentario derecho y sobre la trompa del mismo lado, que expliqué por el éxtasis venoso que ocasionó la acumulación de grasa subligamentaria.

Las alteraciones del anexo derecho eran lo suficientemente marcadas para exigir su extirpación, que en otra época sin vacilación habría realizado, pero que en la actualidad, fiel á mis hábitos conservadores, no hice.

El acortamiento de los ligamentos redondos lo hice tomando un gran pliegue que transfijé, después de suturarlo por tres puntos de sutura, á

la pared de la matriz como un globo inflado próximo á ascender, por cuya observación colegí que era inútil en este caso acortar los ligamentos anchos.

Las consecuencias han sido felices, no habiendo dolor á la exploración y manteniéndose la matriz en la posición ideal en que la coloqué. La cistitis ha mejorado por la continuación de los medios indicados.

Espero haber demostrado por medio de esta observación el papel importante que desempeñan los ligamentos redondos en la fijación de la matriz retrovertida, debiendo decir que la técnica operatoria es sencilla, y se reduce á darse luz suficiente por el uso de la valva de Bazy, que permite inspeccionar la matriz y los anexos en la posición en que los ha colocado el proceso patológico, y que en vista de este exámen que viene á rectificar el diagnóstico preoperatorio, se comprende en el acto lo que va á ejecutarse, analizando brevemente los factores mecánicos causantes de la desviación, saber qué extensión de acortamiento debe darse á las principales ataduras uterinas, si hay atrofia ligamentaria, y en todo caso si bastará acortar solamente los ligamentos redondos ó se complementará de cualquiera otra manera la operación fijadora, que podemos sin exagerar denominar *ideal*: no sucediendo lo propio en la fijación ligamentaria verificada por la vagina, y como la mejor prueba que pueda citar, me bastará apelar á la descripción sumaria de la técnica operatoria, suministrada por uno de los más ardientes partidarios de esta operación, el Dr. Czeslas Stankiewics, de Polonia, quien resume en los siguientes términos el resultado de su experiencia, consignado en volumen especial que dice haber publicado recientemente en lengua polaca, pero cuyas conclusiones las dió á conocer en el último Congreso Internacional de Medicina verificado en París el año pasado.

Refiriéndose á la histeropexis abdominal, dice no haber encontrado indicación para ejecutarla en un total de 40 operaciones, pareciéndole muy limitadas las indicaciones, sobre todo á causa de las complicaciones graves que suelen sobrevenir en el curso de los embarazos y partos ulteriores, bien comprobadas por las estadísticas de Kleinwachter.

Dice de la histeropexis vaginal, que desde el punto de vista obstétrico ha dado tan malos re-

sultados, que su aplicación en las mujeres que se encuentran en pleno período de la actividad sexual no está indicada sino en casos excepcionales, concluyendo, en mi concepto con sumo criterio, que debe únicamente recomendarse en la menopausia, cuando las mujeres sufren de prolapso útero vaginal.

Considera que el punto importante de las retrovariaciones uterinas consiste en el acortamiento de los ligamentos redondos y que entre las tres vías que se presentan al operador: el canal inguinal, la vagina y la laparotomía, la operación de Alquié-Alexander encuentra el mínimum de indicaciones, supuesto que ella no es aplicable sino únicamente para los casos de retroflexiones móviles, y si bien no amenaza el embarazo y parto ulterior, presenta inconvenientes numerosos y bien conocidos, cuales son: la dificultad para encontrar los ligamentos, su ruptura cuando se encuentran incompletamente desarrollados ó con degeneración grasosa, la supuración de la herida, y la retardada eliminación de las suturas de seda, las cicatrices dolorosas á que dá lugar á menudo, y, finalmente, las hernias consecutivas.

Termina afirmando que es el acortamiento de los ligamentos redondos, intraperitoneal, el método que en el porvenir ocupará el primer lugar, siempre que se ejecute por la vía vaginal, dando la preferencia al procedimiento de Bode-Wertheim, que él modifica de la manera siguiente: incisión longitudinal de la pared anterior de la vagina, liberación de la vejiga, abertura del peritoneo, aproximación del cuerpo del útero á la abertura del fondo de saco, con la erina de garfios, sin luxación del órgano; ligadura del útero con la seda número 4 en el punto de inserción del ligamento redondo; tracción de los ligamentos redondos con la ayuda de clamps elásticos de Doyen, ligadura del ligamento redondo en su punto más extrínscico, y reunión de este punto con la ligadura uterina, siempre usando de la seda.

Dice que se puede encoger el ligamento 8, 10 y 12 centímetros de cada lado.

Termina suturando con catgut el peritoneo y la vagina.

Confiesa que la puesta de la segunda ligadura, ó sea la excéntrica, es el tiempo más difícil de la operación, habiendo ideado un clamp especial, el cual lleva una ranura sobre su rama superior, facilitándose la maniobra del paso de la aguja,

por el paso de ésta á través de un orificio, que igualmente se encuentra sobre la susodicha ranura.

Encuentra su procedimiento superior al de Wertheim en los siguientes puntos:

1.º La colocación de la primera ligadura, que la hace sobre el útero mismo, lo cual le parece superior desde el punto de vista de la mejor nutrición del ligamento redondo y que no hace Bode.

2.º El encogimiento *in situ* de los ligamentos redondos sin luxación del útero hacia la vagina, creo que preserva mejor al peritoneo contra la infección.

3.º El encogimiento de los ligamentos redondos que lleva él hasta el máximum.

4.º El empleo de los clamps.

Refiere en seguida haber obtenido excelentes resultados, pero concluye diciendo que el procedimiento de Wylie de acortamiento por laparotomía es excelente, y que en Polonia es muy poco conocido, debiendo en su concepto vulgarizarse, pues su convicción es que el encogimiento de los ligamentos redondos, sea por vía vaginal, sea por vía abdominal, está destinado á gozar importante papel en el tratamiento quirúrgico de las retrodesviaciones uterinas.

La discusión á que dió lugar en el último Congreso de París el tratamiento de las retrodesviaciones, acentuó la preferencia de la mayor parte de los cirujanos en el sentido de ser inmejorable el acortamiento ligamentario intra-abdominal, solo, ó bien seguido de la fijación del pliegue á la matriz, como lo ejecuta sistemáticamente el profesor Spinelli, sea que se adopten las modificaciones que Jonnesco de Bucarest le ha impreso al procedimiento desde el Congreso de Moscovia, las que consisten en la talla de un colgajo de forma de cuña anterior ó posterior, y cuya extensión varía según sea el volúmen del útero métrico que se va á reponer, y según que se trate de retro ó de anteversión.

En cuanto á las conclusiones de Stankiewicz, me parecen un poco exageradas en relación á la facilidad y constancia para encontrar por vía vaginal el extremo uterino de los ligamentos redondos. Creo difícil este tiempo de la operación por haber ya indicado en anteriores comunicaciones, cómo aun por laparotomía es difícil encontrarlos siempre favorables para acortarse por la atrofia

que sufren, aunque es debido decir, que mis hechos pudieran considerarse excepcionales, por haber encontrado á veces fundido uno ó los dos anexos á la cara lateral ó al fondo de la matriz, y natural es colegir que en la periferia del block flemático se encuentre comprimido y atrofiado el ligamento en cuestión, no quedando disponible más que su tercio ó mitad inferior, que la anatomía nos enseña que es más delgada, y en ocasiones se disocia, lo que constituye el frecuente fracaso de la operación de Alquié-Alexander.

De cuya consideración se desprenden dos conclusiones prácticas que juzgo de alta importancia y que son:

1.<sup>a</sup> La oportunidad más brillante de corregir las retrodesviaciones uterinas se realiza en los casos en que ésta es móvil y que las lesiones flogísticas son mínimas, pudiendo entonces escoger voluntariamente la vía abdominal ó la vaginal, en la seguridad de encontrar los ligamentos redondos y terminar con éxito la reposición sostenida de la matriz.

2.<sup>a</sup> En el caso contrario, esto es, cuando haya probabilidad de atrofia ligamentaria por lesiones perianexiales extensas, se apelará á los recursos á que el hecho se preste después de laparotomía ó celiotomía vaginal, prefiriendo personalmente la vía alta, porque ella permite el acortamiento del alón del ligamento ancho, la fijación del muñón del pliegue del ligamento redondo, si todavía se puede realizar, y se evita practicar la amplia histeropexis que tendría forzosamente que realizarse siguiendo la celiotomía vaginal, y ya creí haber probado lo inferior de la pexis sobre el acortamiento de las ataduras uterinas.

Para dar término á este imperfecto trabajo, nada más acertado me parece que asentar algunas conclusiones que el Dr. Camille Fournié expuso con gran tino en el referido Congreso y que son:

Un cuarto de las mujeres que sufren afecciones genitales lo son por retrodesviación uterina, siendo este desalojamiento el más peligroso que se pueda encontrar, por determinar con frecuencia complicaciones inflamatorias graves.

Si las mujeres sufren poco, se las descuida, ó se las aplica pesarios, y si sufren mucho, se les extirpan sus órganos.

Recordando las fases por las que pasan las enfermas, dice:

En un primer estadio no hay dolores, el útero está móvil y la enferma ignora á menudo su afección, pudiendo durar esta situación meses y aun años, porque basta que ningún germen nocivo penetre en la cavidad uterina; pero desgraciadamente estos microbios, más ó menos patógenos, se encuentran, y el útero invertido y plegado se hace para ellos terreno de cultivo favorable, apare-

ciendo desde entonces la metritis como la compañera casi obligada de los desalojamientos. El fondo del órgano se hincha, la cavidad se agranda, la secreción y el flujo menstrual se estancan, haciéndose imposible la canalización del conducto útero-tubario. Ya no cabe ser indiferente.

En el segundo estadio el fondo del útero es doloroso, inflamado, la metritis no es dudosa, aparecen los sufrimientos sobre todo en la deambulación y en los esfuerzos, se comprime el recto y se muestra constipación; la enferma se queja y consulta, y no bastará curar su metritis, haciéndose preciso enderezar el útero y mantenerlo reducido, se aplicará quizá un pesario, cuerpo extraño que irritará é inflamará más las vías genitales.

Sobreviene, por último, el tercer estadio manifestado por dolores intolerables. La marcha y los ejercicios cotidianos se harán penosísimos. La enferma ya nada puede hacer sin sufrir, siendo, en una palabra, una inválida, haciéndose neurasténica, y sufriendo tanto del espíritu como del cuerpo. Los anexos se encuentran inflamados y doloridos, más ó menos probados, y el útero se adhiere al recto. Todo está preparado para la mutilación y práctica de la histerectomía.

¿Conocéis, exclama, en ginecología, afección, exceptuado el cáncer, cuya evolución sea más funesta que ésta?

Considera que los tumores y la metro-salpingitis gonococcica no superan en gravedad á la que corresponde á la última fase de la retrodesviación, y convencido de la marcha casi fatal de este desalojamiento hacia las peores lesiones anexiales, elimina de la terapéutica que acaba de reseñar, los procedimientos insuficientes, peligrosos ó excesivos, como son: la indiferencia, los pesarios, la histerectomía, concluyendo por la afirmación de que *es preciso tratar las retrodesviaciones tan pronto como se las conozca*, pretendiendo que no hay más que un solo medio, y que éste es la histeropexis, con cuya última conclusión no estoy de acuerdo por las razones que militan en este escrito, para el cual demando vuestra benévola atención, encontrándome feliz si origina atinada discusión, que sea la norma de nuestra conducta práctica, uniformando la opinión delante de afección tan frecuente como desatendida, y que hasta ahora empezamos á tratar por los nuevos recursos con que nos brinda la moderna cirugía.

Diciembre 11 de 1901.

FRANCISCO HURTADO.

NOTA.—Habiendo transcurrido casi un año desde la presentación de este escrito, la experiencia de su autor se amplificó con el resultado de las operaciones que resume el siguiente Cuadro estadístico:

Cuadro estadístico de casos operados de retroversión uterina complicada de otras lesiones genitales

Nº	NOMBRES	Fecha de entrada	Edad	Estado	Nacionalidad	Ocupación	Antecedentes	Diagnóstico	Indicaciones	OPERACIONES	RESULTADO
1	Ester Echavarrri de la Fuente	Agosto 5 de 1901	20	Casada	México	Costurera	Estrumosis, Dismenorrea y leucorrea. Esterilidad	Metritis y anexitis doble. Retroposición	La invalidez para el trabajo.	Extirpación del anexo derecho, y punción de quistes hemáticos del izquierdo. Acortamiento del ligamento redondo izquierdo.--Agosto 17 de 1901	Alta el 28 de Octubre de 1901. Utero en buena posición
2	Isabel Velázquez	Agosto 23 de 1901	17	Casada	Texcoco [D. F.]	Costurera	2 traumatismos en el sacro. Neurasia. Esterilidad	Metritis y anexitis doble. Retroposición	Las de la flegmasía.	Extirpación del anexo izquierdo. Punción de quistes serosos del ovario derecho. Histeropexis por fijación de los cuernos al peritoneo parietal.--Septiembre 10 de 1901	Alta el 26 de Septiembre de 1901. Utero en ligera anteversión
3	Nemesia González	Diciembre 1 de 1901	27	Casada	Guanajuato	Q. D.	eril tonitis de recidiva. Intensa dismenorrea. Parto a término con feto muerto	Perimetro-anexitis. Retro-versión	La rebeldía del padecimiento.	Operación de Tait. Acortamiento del ligamento redondo izquierdo.--Diciembre 8 de 1901	El útero quedó en buena posición, pero tuvo que histero-recomenzarse después por persistencia de los dolores metrícticos
4	Lorenza Montoya	Noviembre 23 de 1901	30	Viuda	Querétaro	Q. D.	Traumatismo en la cadera. Multipara: 3 partos normales.	Perimetro-anexitis. Retro-versión	Las de la flegmasía	Punción de quistes en ambos ovarios Salpingostomía doble. Acortamiento de ambos ligamentos redondos.--Diciembre 4 de 1901	Alta el 5 de Enero de 1902. Utero en posición normal
5	Julia Hernández	Diciembre 22 de 1901	23	Viuda	San Miguel de Ocampo	Lavandera	Dismenorrea y bienorragia. Unipara: parto fisiológico.	Metro-anexitis. Perimétritis. Retro-posición	Las de la flegmasía	Punción y cauterización de quistes en ambos ovarios. Acortamiento de los ligamentos redondos y de los anchos.--Diciembre 23 de 1901	Alta el 27 de Febrero de 1902. Matriz en moderada anteversión
6	Trinidad Castro	Enero 25 de 1902	30	Casada	León	Planchadora	Multipara: 3 partos normales	Perimetro-anexitis. Retro-posición	Las de la flegmasía	Cauterización de ambos ovarios. Acortamiento de los dos ligamentos redondos.--Diciembre 12 de 1901	Alta el 12 de Febrero de 1902. Utero en buena posición.
7	Juana Sánchez	Enero 20 de 1902	40	Casada	Durango	Cocinera	Metrorragia por traumatismo sobre el sacro-Peritonitis pélvica de recalcada. Multipara: 3 partos normales.	Perimetro-anexitis. Hidro-salpinx izquierdo. Retro-versión	La invalidez para el trabajo	Extirpación del anexo izquierdo. Cauterización del ovario derecho. Acortamiento del ligamento redondo.--Enero 27 de 1902	Alta el 6 de Marzo de 1902. Utero en posición normal
8	Natalia Valdés	Octubre 22 de 1901	23	Soltera	México	Q. D.	Dismenorrea por traumatismo sobre el sacro Retroversión	Metritis. Ovaritis crónica microquistica Retroversión libre. Estéril	La dismenorrea progresiva	Resección cuneiforme de ambos ovarios. Acortamiento de los ligamentos redondos.--Febrero 3 de 1902	Alta el 2 de Febrero de 1902. Matriz en posición normal
9	Martina G. de Mirales	Febrero 1 de 1902	21	Casada	Tepeotlán (Puebla)	Q. D.	Menorragias abundantes. Peritonitis pélvica. Parto prematuro de 5 meses.	Metro-anexitis. Endometritis. Retro-posición	Las de la flegmasía	Extirpación de ambos anexos y acortamiento de los ligamentos redondos.--Febrero 10 de 1902.	Alta el 24 de Marzo de 1902. Matriz ligeramente antevertida.
10	Eufemia Elizalde	Septiembre 21 de 1901	30	Viuda	México	Lavandera	Metrorragia por traumatismo en la región iliaca izquierda. Leucorrea post-menstrual. Esterilidad.	Perimetro-anexitis subaguda. Retro-posición	Las de la flegmasía	Punción de quistes ováricos. Salpingostomía. Acortamiento de ambos ligamentos redondos.--Enero 10 de 1902.	Alta el 12 de Marzo de 1902. Utero en posición natural

## Cuadro estadístico de casos operados de retroversión uterina complicada de otras lesiones genitales

Nº	NOMBRES	Fecha de entrada	Edad	Estado	Nacionalidad	Ocupación	Antecedentes	Diagnóstico	Indicaciones	OPERACIONES	RESULTADO
11	Delina Gutiérrez	Marzo 8 de 1902	25	Soltera	Salamanca	Q. D.	Leucorrea mucosa. Dolor en la región sacra. Uniflora: fisiológico	Péri-metro anexitis. Retroversión adherente.	La flegmasia	Extripación del anexo derecho. Resección cuneiforme del izquierdo. Salpingosíntesis. Acortamiento de los dos ligamentos redondos. -Marzo 12 de 1902	Alta Abril 10 de 1902. Útero en buena posición
12	Juana Chávez	Abril 26 de 1902	24	Casada	México	Lavandera	Menorragia y leucorrea. Peritonitis pélvica. Esterilidad	Métritis parenquimatosa. Retroversión adherente.	La dismenorrea	Resección cuneiforme de ambos ovarios. -Acortamiento de los ligamentos redondos. -Abril 30 de 1902	Alta el 16 de Abril de 1902. Matriz en posición anteversión
13	Jesús López	Abril 15 de 1902	21	Casada	México	Costurera	Menorragias y dismenorrea - Esterilidad	Metro anexitis. Pelvi-peritonitis crónica. Retroversión	La esterilidad y la invalidez para el trabajo	Resección cuneiforme del ovario derecho. Acortamiento de ambos ligamentos redondos. Mayo 5 de 1902	Alta el 27 de Mayo de 1902. Útero ligeramente ante-vertido
14	Sra. de F.		28	Casada	México		Linfantismo - Metro-peritonitis Uniflora: fisiológico	Metro anexitis. Retroversión libre	Las de la lesión	Resección cuneiforme de ambos ovarios. Acortamiento de los ligamentos redondos. Mayo 26 de 1902.	Curación completa. Útero en posición normal.

A todas las enfermas se les ha hecho previamente el legrado uterino

México, Agosto 1.º de 1902.

Francisco Hurtado.