

el médico llegó a producir todas las formas de la histeria. Ya se sabe que explotando la sensibilidad por reiteradas instancias se producen en los histéricos muchas manifestaciones que no tenían. Las ideas son diferentes ahora, y Babinski ha dicho que debe descartarse la verdadera histeria de lo que es sencillamente el psitaquismo. Desde que los neurólogos franceses han propagado estas ideas, la histeria ha disminuído en los hospitales. Respecto de la herencia hay casos en que se revelan muy bien sus efectos. Acababa de ver, por ejemplo, algo que lo demuestra: un niño atacado de corea. La madre es de temperamento nervioso y ha tenido, además de paludismo, algunos accidentes linfáticos; se casó hace ocho años en Jalapa; tuvo más tarde un reuma poliarticular con repercusión en el endocardio; y hace cuatro años un ataque apopléctico que le dejó una hemiplejía de apariencia orgánica; tuvo síndrome de Brownsequard; está sorda del oído derecho, y tiene accidentes, en suma, que no pueden ser más que de naturaleza histérica, pues si esto fuera realmente orgánico, se trataría de lesiones muy salteadas y de una poliomielititis incompatible con la vida.

ASISTENCIA.—DD. Bulman, Calderón, Cosío, González Urueña, Hurtado, Licéaga, López Hermosa, Monjarás, Peredo, del Raso, Silva, Soriano, Terrés, Troconis Alcalá, Ulrich, Valdés y el segundo secretario,

E. Landa.

Consideraciones sobre algunas Operaciones Intraabdominales.

Mis trabajos anteriores presentados a esta Academia, habían versado sobre varios temas aislados que tomé algunas veces de mi práctica personal y otros de los estudios hechos en la literatura quirúrgica de que dispongo. Hoy, por primera vez, me propongo presentar a ustedes un estudio de conjunto sobre trabajo quirúrgico en mi clientela particular, único en el que puedo disponer de observaciones documentadas y catalogadas, aunque sea en corto número, ofreciendo a ustedes las primicias de la época en que abandonando la pereza que me había hecho no tomar una sola observación y dejar perdido un trabajo de más de trece años, he recopilado los datos de mis operaciones, pudiendo utilizarlos para obtener algunas conclusiones, si no nuevas, sí cuando menos que vengan a corroborar lo que ya nos es conocido. Esta época abarca poco más de un año y comprende setenta operaciones, de las cuales treinta y cinco son intervenciones intraabdominales, únicas a que me referiré en este estudio por ser las otras de menor importancia.

Estas treinta y cinco operaciones se dividen naturalmente en dos grupos: uno de operaciones practicadas por la vía abdominal y otro de operaciones practicadas por la vía vaginal. El primero comprende diez y siete operaciones, y diez y ocho el segundo.

OPERACIONES ABDOMINALES.

Histerectomías.....	9
Ovariectomías.....	1
Salpingoovariotomías.....	2
Acortamiento de los ligamentos redondos.....	1
Colecistotomías.....	1
Apendicitis.....	1
Curación radical de hernia.....	2

El cuadro adjunto muestra en detalle cada una de estas operaciones.

HISTERECTOMÍAS.

1.^a—*Caso núm. 1.*—L. O. de G., de cuarenta y cinco años. Primera menstruación a los trece. Suspensión de la menstruación a los cuarenta y tres. Dos partos fisiológicos; el último veintitres años antes. Metrorragias en los últimos años. *Estado actual:* Dolores en el vientre y la cintura, constipación, polaquiuria, escurrimiento purulento, jaquecas, sistema nervioso constantemente agitado. *Examen:* Vulva desgarrada, vagina amplia, cuello normal, tumor duro multilobular, móvil, indoloro, llegando hasta el ombligo. Los otros órganos sanos. *Diagnóstico:* Fibromas múltiples de la matriz. *Operación:* Histerectomía supravaginal por degollación; procedimiento de Faure y Syredey. Duración total de la operación: 1 h. 10 m. Duración de la histerectomía, desde el momento en que terminó la incisión de la pared hasta que se desprendió el tumor, cuatro minutos. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 20 gramos y de éter 200. Curación. La enferma se levantó a los cuatro días.

2.^a—*Caso núm. 18.*—N. I. de G., de 43 años, primera menstruación a los 13, un parto con aplicación de fórceps, un aborto hace tres años. Metrorragias casi constantes, escurrimiento fétido serosanguinolento; dolores intensos; constipación. *Examen físico:* Mujer enflaquecida; vulva desgarrada; cuello desgarrado, muy grueso, duro, sangrante; movilidad ligeramente disminuída; el endurecimiento se prolonga sobre la base del ligamento ancho izquierdo. *Cateterismo ureteral:* El catéter pasa bien en el lado derecho; en el lado izquierdo pasa después de un estrechamiento como a 4 ó 5 centímetros del meato ureteral. *Diagnóstico:* Cáncer del cuello extendido a la base del ligamento ancho izquierdo, envolviendo probablemente el uréter. Histerectomía vaginoabdominal; resección de la vejiga y del uréter izquierdo. Ureterosistoneostomía. Duración de la operación: 4 h. 10 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 30 gramos, de éter, 700 gramos. Curación inmediata sin incidentes. Muerte a los ocho meses por reproducción.

3.^a—*Caso núm. 24.*—D. D., de 40 años; trece partos y un aborto. Los partos fueron todos difíciles y se efectuaron entre los siete y ocho meses de embarazo. Hace diez años, extirpación de un pólipo uterino fijado en la pared posterior de la matriz. Un año después, nacimiento de un niño epiléptico. Metrorragias abundantes, dolores, escurrimiento mucopurulento. *Examen físico:* Vulva y vagina normales, matriz grande, dura, lobulosa; la cavidad ocupada por un pólipo. *Diagnóstico:* Pólipo de la matriz y fibromas. Histerectomía supravaginal por degollación; procedimiento de Faure y Syredey. Duró la operación 1 h. 8 m. Tiempo empleado en la histerectomía desde que se terminó la incisión de la pared hasta que se depositó la matriz en una bandeja, 2 m. Anestesia: cloroformo y éter.

Consumió de cloroformo 10 gramos, de éter, 150. Curación sin incidentes. La enferma se levantó a los tres días.

4ª—Caso núm. 40.—M. Z. de S., de 32 años, primera menstruación a los 14, menorrágica desde entonces. Un aborto de tres meses; dos raspas uterinas hace once y diez años, respectivamente, no modificaron las menorragias. Frecuentes ataques de pelviperitonitis. La última muy intensa, quince días antes de la operación con fiebre muy alta, vómitos, timpanismo y dolor muy intenso. *Examen físico:* Vulva, vagina y cuello, normales; matriz grande, dura y enclavada entre dos tumores quísticos y dolorosos. Los otros órganos sanos. *Diagnóstico:* Fibromas, piosalpinx voluminosos y peritonitis supurada enquistada. Histerectomía supravaginal (Kelly). Duró la operación 1 h. 35 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 10 grs., de éter, 300 grs. Pulso al principio de la operación, 130; al terminar la operación, de 150 a 160, casi imperceptible; temperatura, 38.5. Inyecciones de cafeína, estricnina y esparteína; lavativa de un litro de suero con café. Proptoclisís (absorbió 2 litros de suero en ocho horas). Temperatura en la noche del día de la operación, 37.6. Curación sin incidente. La enferma se levantó a las cuarenta y ocho horas.

5ª—Caso núm. 42.—M. M. de C., 50 años, primera menstruación a los 12, regular, de mediana cantidad, cinco días de duración. Menorragias a los 48. Un parto seguido de fiebre puerperal hace treinta y dos años. Diabetes desde hace ocho años. Los últimos años metrorragias abundantes. Constipación; digestiones muy difíciles a veces. *Examen físico:* Tumor globuloso, quístico, irregular, con lobulaciones endurecidas, llena casi toda la cavidad abdominal. Vagina y cuello normales. Orina: 11 gr. de glucosa, no hay celdillas ni cilindros renales. Tratamiento anti-diabético; a los doce días desapareció la glucosa. *Diagnóstico:* Fibrosarcoma de la matriz; histerectomía supravaginal. Duró la operación 1 h. 20 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 15 gr., de éter, 350. Despertó después de la anestesia en diez minutos para caer luego en coma, que duró diez horas. Gangrena diabética del tejido celular subperitoneal al siguiente día; muerte a los ocho días.

6ª—Caso núm. 52.—M. G., de 23 años. Primera menstruación a los 14, cantidad regular, cada veintisiete días. Nulípara. Hace un año, anexitis tratada por medios médicos. *Examen físico:* Vulva y vagina normales, muy estrechas, cuello cónico fijo, matriz enclavada, anexo derecho quístico y más grande que el puño cerrado; anexo izquierdo grueso y nudoso. *Diagnóstico:* Piosalpinx derecho; anexitis parenquimatosa izquierda. Se comenzó la operación por la vagina. Ante la imposibilidad de continuarla por esta vía, por la estrechez del campo operatorio, altura y adherencia de los anexos, se continuó por la vía alta. Abierta la cavidad abdominal, se encontraron los dos anexos muy abultados, adheridos al apéndice, al ciego, a la Sílaca y al intestino delgado. Histerectomía supravaginal (Kelly). Duró la operación 2 h. 30 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 9 gr., de éter, 400 gr. Curación sin incidente. Se levantó a las cuarenta horas.

7ª—Caso núm. 55.—J. P. de Ch., de 50 años, primera menstruación a los 12, regular, de tres días de duración; estéril después de veintiún años de matrimonio. Menorragias y metrorragias abundantes. Perturbaciones digestivas. *Examen físico:* Vulva, vagina y cuello, normales; tumor duro, mediano, móvil, multilobular, formando cuerpo con la matriz. Los otros órganos normales. *Diagnóstico:* Fibromas múltiples. Histerectomía supravaginal (Kelly). Duró la operación 1 h.

25 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 6 gr., de éter, 225. Vómitos continuos durante las doce primeras horas. Curación sin incidente. Se levantó a las cuarenta y ocho horas.

8ª—*Caso núm. 61*.—M. A., de 23 años, primera menstruación a los 15, regular, de tres días de duración, viniendo cada tres días. Nulípara. En los últimos meses menstruación dolorosa, escurrimiento mucopurulento, dolores intensos en el vientre y la cintura, constipación tenaz. *Examen físico*: Vulva, vagina y cuello normales; matriz en retroversión adherida; anexos en el fondo del saco de Douglas, dolorosos y ligeramente abultados. *Diagnóstico*: Retroversión adherida y anexitis plástica. Abierta la cavidad abdominal y desprendidas las adherencias, quedó la matriz enteramente desprovista de peritoneo, y como las trompas estaban obstruidas, se procedió a la histerectomía supravaginal, conservando un ovario (Kelly). Duró la operación 1 h. 45 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 10 gr., de éter, 300 gr. Curación sin incidente. Se levantó a las cuarenta y ocho horas.

9ª—*Caso núm. 64*.—G. B., de 36 años; primera menstruación a los 16, regular, cada veintiocho días, no dolorosa. Nulípara; seis abortos provocados entre los dos y tres meses de embarazo; en ninguno de ellos hubo accidente. Desde hace tres meses metrorragias, dolor agudo en el vientre y la espalda, escurrimiento mucopurulento, fiebre intermitente, sudores abundantes. *Examen físico*: Señora alta y obesa, pesa 108 kilos; vulva y vagina normales, matriz grande, irregular, enclavada entre dos tumores duros, apreciándose difícilmente una sensación quística. Los otros órganos normales. *Diagnóstico*: Fibromas y piosalpinx. Colpotomía preparatoria mes y medio antes. Histerectomía supravaginal (Kelly); excesivamente difícil por las adherencias y la presencia de un piosalpinx que no se vació en la operación preliminar. Duró la operación 2 h. 42 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo, 6 gr., de éter, 325. Supuración del tejido celular subcutáneo. Se levantó a los diez días. Curación sin otro incidente.

Se ve que de las nueve histerectomías abdominales, ocho fueron supravaginales y una total, motivadas por cáncer del cuello bien avanzado. De las histerectomías supravaginales fueron practicadas seis por el procedimiento de Kelly y dos por el de degollación de Faure y Syredey.

En cuanto a las causas que las motivaron, fueron: una por fibrosarcoma; tres por fibromas, una por piosalpinx bilateral, dos por fibromas y piosalpinx, complicado uno de ellos de peritonitis supurada enquistada y retroversión adherida y peritonitis plástica.

El resultado obtenido: seis curaciones completas, una curación temporal, la del cáncer, y una muerte, el fibrosarcoma.

Se puede notar inmediatamente que en todas mis histerectomías, excepto en una, he seguido el procedimiento supravaginal aceptado en la actualidad, y con razón, como el procedimiento de elección, pues además de que su ejecución es más sencilla y rápida, se coloca el operador para evitar uno de los accidentes más serios en estas operaciones, la herida de los uréteres, y se conserva en mejores condiciones la estática intraabdominal, sobre todo, siguiendo, como he seguido en todos los casos, la práctica de fijar el muñón del cuello a los ligamentos redondos, de donde queda suspendido, dando a la cavidad pélvica un aspecto y condiciones muy semejantes a las que tiene en el estado normal.

Los procedimientos para la ejecución de la histerectomía supravaginal, han sido dos, el de Kelly y el de degollación de Faure y Syredey. El primero, cuyos li-

neamientos generales son: ligadura del pedículo infundíbulo-pélvico del lado más accesible; despegamiento de la vejiga, penetración entre las dos hojas del ligamento ancho, ligadura de la uterina, sección transversal del cuello, ligadura de la otra uterina, levantamiento y enucleación de la masa, y por último, ligadura del infundíbulo-pélvico del lado opuesto adonde se comenzó la operación. Este procedimiento, que permite salir avante aun en los casos más difíciles, como en la observación *núm. 40*, en la que parecía imposible poder penetrar al recinto pélvico, es indudablemente el que conviene seguir en la mayoría de los casos porque permite, atacando la parte difícil de abajo hacia arriba, desprender con facilidad las adherencias; liga y asegura los vasos antes de cortarlos, y expone menos que cualquiera otro a la ruptura de las bolsas purulentas o la perforación de alguno de los órganos vecinos; accidentes que, si bien es cierto no son de temer poniendo en práctica todos los detalles que la técnica actual aconseja, sí cuando menos son muy desagradables y dejan al cirujano intranquilo durante las primeras cuarenta y ocho horas que siguen a la intervención.

El procedimiento de degollación, que por desgracia no es aplicable sino a un número muy reducido de casos (dos entre nueve de los que presento) que puede sólo utilizarse cuando las lesiones porque se opera no son muy grandes ni han producido adherencias (fibromas de medianas dimensiones en estas observaciones), es un procedimiento verdaderamente brillante por su simplicidad y rapidez. Es de admirar cómo en dos minutos puede hacerse una histerectomía, contado este tiempo como en el caso *núm. 24*, desde el momento en que terminó la incisión de la pared del vientre hasta el en que se depositó la matriz en la bandeja; rapidez asombrosa que en nada perjudica a la seguridad con que se trabaja y sí beneficia en mucho la seguridad del éxito. ¡Ojalá que todas las histerectomías pudieran hacerse por este procedimiento que honra a sus autores!

El análisis de las lesiones que motivaron la intervención, es también importante; todas ellas eran lesiones bien claras y definidas que justificaron plenamente la intervención. Los tres fibromas fueron múltiples, muy superiores en tamaño a las dimensiones de los que pueden operarse por la vía vaginal; el volumen de la masa llegaba en el mayor hasta más arriba del ombligo y el más pequeño pasaba como tres dedos arriba del pubis; pero su desarrollo en el estrecho pélvico había determinado el enclavamiento de la masa.

El piosalpinx bilateral operado por esta vía, no obstante mi justificada predilección por la vía baja para esta clase de lesiones, fué de grandes dimensiones en una mujer nulípara con vagina muy estrecha y matriz enteramente inmóvil; circunstancias que obligaron a seguir la vía abdominal. Vienen en seguida las dos observaciones de piosalpinx y fibromas, más importantes que las anteriores por la gravedad de las lesiones, con especialidad el primero, en que además de los piosalpinx, cada uno de ellos más grande que el tamaño del puño, había un foco de peritonitis supurada bastante grande, de reciente formación (dos semanas antes de la operación) y producida, muy probablemente, por una pequeña ruptura del piosalpinx derecho, con el que estaba relacionado. Este caso, en que sólo las fuertes y completas adherencias de la masa intestinal que se formaron por la peritonitis determinada por la ruptura y que providencialmente aislaron por completo la cavidad pélvica de la gran cavidad abdominal, salvando la vida de la enferma, fué seguramente de los más difíciles de operar y en el que el procedimiento de Kelly dió sus pruebas utilizando la variante aconsejada para aquellos casos en que los dos anexos están igualmente supurados e igualmente adheridos, de penetrar entre

uno de ellos y la matriz, hacer la sección del cuello y proceder en uno y otro lado de abajo hacia arriba. Gracias a esto, pude llevar a feliz término tan complicada y difícil operación. La enferma abandonó la cama al tercer día, curándose sin ningún accidente. No pasó en el segundo caso lo mismo, que aunque menos complicado que el anterior, tuvo como accidente postoperatorio la supuración de una pequeña porción del tejido celular subcutáneo, no obstante haber preparado esta intervención con una colpotomía previa practicada algunas semanas antes con objeto de vaciar y desinfectar las bolsas purulentas. Se trata en este caso de una señora nulípara, de gran estatura y en extremo obesa, con un peso de 108 kilos. No obstante todas las precauciones que se tomaron para defender la gruesa capa de tejido celulograsiento, que seguramente medía 10 centímetros de espesor, y no haberla canalizado, no se libró de la infección, que por otra parte no tuvo otro inconveniente que retardar la cicatrización tres semanas, pues ni aun siquiera debilitó la cicatriz, por no haber alcanzado a la aponeurosis y a los músculos. Creo que en esto tuvo grande influencia el modo como hago la sutura y a que más adelante me referiré. Queda, por último, la operación practicada por retroversión adherida y anexistis plástica y que no presenta otra importancia que la consideración de que lesiones que pudieran llamarse pequeñas, adhieren y despullen de tal manera los órganos, que obligan a la mutilación.

La histerectomía total por cáncer practicada por el procedimiento vagino-abdominal exigido por la extensión del neoplasma sobre la base del ligamento ancho derecho englobando el uréter, englobamiento previamente diagnóstico por el cateterismo ureteral y que obligó a la resección del canal y a la ureteroneostomía practicada con buen éxito, tiene la tristísima importancia de demostrar que procedimientos tan complicados, ideados por verdaderos genios de la cirugía, sólo dan un pequeño descanso a los pobres pacientes que han dejado pasar el tiempo oportuno de la intervención en esta terrible enfermedad.

El resultado obtenido en estas nueve histerectomías abdominales, es el siguiente: siete curaciones completas; una curación temporal y una muerte. De los siete casos curados, seis abandonaron la cama, entre las cuarenta y ocho y las sesenta horas después de la operación; una sola enferma tuvo que permanecer acostada por diez días: la señora obesa operada por fibroma y piosalpinx, en quien sí se infectó el tejido celular subcutáneo.

La curación temporal corresponde a la enferma de cáncer, en quien el neoplasma se reprodujo al cabo de poco tiempo, muriendo la enferma ocho meses después de la intervención.

El caso fatal fué una de esas enfermas en que el cirujano es obligado a operar, no obstante las pocas probabilidades de éxito. Se trataba de una señora de cuarenta y ocho años de edad, diabética desde hacía ocho años, teniendo el día que fué examinada, 11 gramos de glucosa por litro y llevando un inmenso fibrosarcoma que llenaba casi toda la cavidad abdominal, dificultando la respiración y produciendo dolores y molestias tales que la enferma suplicaba que cuanto antes se la operase, no obstante estar advertida de la gravedad de la operación. Sometida a un tratamiento conveniente, al cabo de quince días desapareció la glucosa y se procedió a hacer la histerectomía. En la tarde del día de la operación entró en coma diabético postanestésico, del que salió al cabo de diez horas, durante las cuales hubo anuria completa. Inyecciones tónicas, proptoclisia y con especialidad la adrenalina la sacaron de ese estado, y pasó tres días en buenas condiciones, haciendo creer que se había salvado el escollo. Al cuarto día estalló la

gangrena en el tejido celular subperitoneal, que rápidamente avanzó al interior de la cavidad y determinó la muerte de la enferma a los ocho días. Este caso demuestra cuán peligrosos son por la anestesia y por la infección los enfermos diabéticos, a pesar de la aseveración de algunos cirujanos que sostienen que con los rigurosos cuidados de asepsia que actualmente se ponen en práctica pueden operarse los diabéticos en condiciones semejantes a las personas que no padecen esta diátesis.

OVARIOTOMÍA ABDOMINAL.

Como las operaciones sobre el ovario han sido practicadas en su mayor parte por la vía vaginal, sólo encontramos una observación en el grupo de operaciones abdominales, cuya historia es la siguiente:

10ª—Caso núm. 68.—G. S., de 36 años, soltera; primera menstruación a los 12, escasa, muy dolorosa. Hace dos años, menorragias y metrorragias; no hay escurrimiento. Polaquiuria. *Examen físico*: Vulva normal; himen intacto; vagina y cuello normales; cuerpo en retroposición; gran tumor quístico en el anexo izquierdo; los otros órganos normales. *Diagnóstico*: quiste del ovario izquierdo. Operación: Ovariectomía. Duró la operación 1 h. 34 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 2 gr., de éter, 250. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a las cuarenta horas.

Esta operación por sí sola no se presta a consideraciones especiales y no será sino en el capítulo de consideraciones generales donde la tomaré en cuenta.

SALPINGOOVARIOTOMÍAS.

11ª—Caso núm. 28.—C. G. de R., de 40 años, casada; primera menstruación a los 12 años, regular, indolora, viniendo cada veintiocho días, dura cinco días; seis partos normales; cuatro abortos. No ha llegado a haber suspensión del período. Las dos últimas menstruaciones se prolongaron por casi todo el mes. Tres semanas antes, dolor muy intenso en el vientre, metrorragia desde entonces. *Examen físico*: Vulva y vagina normales, cuello ligeramente reblandecido, matriz crecida, sangrando; anexo derecho abultado, doloroso. Hernia umbilical reductible. *Diagnóstico*: Embarazo tubario abortado en el peritoneo. Operación: Salpingoovariotomía del lado enfermo. Duró la operación 1 h. 35 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 15 gr., de éter, 450. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los tres días.

12ª—Caso núm. 54.—A. M., de 37 años, soltera; primera menstruación a los 12 años, regular, indolora, de tres días de duración, cada veintiocho días. *Estado actual*: Menstruación irregular, faltando algunos meses y siendo menorragica en otros. Abdomen abultado, tumor quístico en el anexo izquierdo, llegando arriba del ombligo. Vulva, vagina y cuello, normales. *Diagnóstico*: Quiste hemático del ovario izquierdo; hematosalpinx de la trompa derecha. Salpingoovariotomía bilateral. Duró la operación 1 h. 30 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 10 gr., de éter, 300 gr. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a los tres días.

Estas dos observaciones son muy interesantes, sobre todo desde el punto de vista de las lesiones que las originaron.

La primera, el embarazo tubario, enfermedad relativamente frecuente, sobre todo en la modalidad en que se encuentra en este caso, abortado en el peritoneo,

presenta la particularidad de que no hubo suspensión del período, sino, por el contrario, menstruaciones prolongadas por casi todo el mes, durante los dos meses y medio anteriores a la operación. El embarazo tubario, en vez de dar lugar, como generalmente, a una suspensión de la menstruación por uno, dos o tres meses y luego a metrorragias, éstas comenzaron desde el principio del embarazo ectópico y siguieron después del aborto tubario, efectuado tres semanas antes de la operación.

La segunda observación también es interesante por la rareza de los quistes hemáticos del ovario, que llegan a dimensiones tan grandes como el que describo; lo que me inclinaba a pensar en una degeneración maligna, hipótesis que desgraciadamente no puedo confirmar, y la coexistencia, también extraña, del hematosalpinx del lado opuesto. Seguramente que un estudio histológico de la pieza hubiera dado la clave de este hecho poco frecuente en la patología de los ovarios y las trompas, pues los derrames sanguíneos de estos órganos reconocen casi siempre como causa embarazos ectópicos, que en este caso, tratándose de una doncella, no puede tomarse en cuenta.

ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS.

Diversas operaciones se han aconsejado para combatir la retroflexión, que, a decir verdad, no siempre produce accidentes o molestias de tal naturaleza que indiquen una intervención de Kelly. En un gran número de señoras, sobre todo entre las múltiparas, se encuentra esta posición anormal del órgano gestador; pero en la mayoría de ellas, o no les produce molestia ninguna y sólo en el examen se descubre la retroposición, o son tan insignificantes las molestias, que por el solo hecho de la posición no se puede juzgar como justificada una intervención quirúrgica. En otros casos, por cierto raros, la retroposición causa molestias grandes y mayores todavía cuando la posición hacia atrás se complica con alguna de las lesiones originada por ella misma, endometritis, salpingitis, obstrucción de las trompas, adherencias, etc., en cuyo caso habrá que intervenir.

13ª—*Caso núm. 75.*—R. R. de G., de 35 años, casada; primera menstruación a los 14, regular, no dolorosa, de cuatro días de duración, cada veintiocho días; dos partos, seguidos los dos de fiebre puerperal; menorragias, escurrimiento mucopurulento; constipación, anemia, vértigos. *Examen físico:* Señora excesivamente enflaquecida, vulva y vagina normales, cuello con ectropión de la mucosa; matriz en retroversión adherida; los otros órganos normales. *Diagnóstico:* Endometritis postpuerperal y retroflexión adherida. Operación: Raspa uterina seguida de véscicofijación. Al terminar la raspa era tan precario el estado del pulso de la enferma, que se consideró indispensable posponer la fijación para otra sesión. Duración de la primera operación, 10 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 5 gr., de éter, 30 gr. Curó de las metrorragias y conservó todos los otros síntomas. *Diagnóstico histológico de la raspa:* Endometritis glandulosa hipertrofica. A los cinco meses, acortamiento de los ligamentos redondos (Montgomery). Curación sin incidente. Se levantó la enferma a las cuarenta y ocho horas. El cambio de programa operatorio se debió a mi creencia, determinada por la observación de enfermas operadas por otros cirujanos y por mí, de que la mejor operación, la más anatómica, la que más acerca el órgano a su estado fisiológico, es el acortamiento de los ligamentos por el procedimiento de Montgomery, pues no produce ninguna adherencia anormal, ningún pliegue intraabdominal, ninguna brida, ningún anillo, que pudiera ser causa más tar-

de de estrangulamiento, y colocando y sosteniendo la matriz en la posición y altura que el cirujano le da, le deja toda su movilidad y toda su facultad de ampliarse si un embarazo posterior viene a coronar la obra quirúrgica.

OPERACIONES NO GINECOLÓGICAS.

Llego ahora a un pequeño grupo de operaciones distinto de la Ginecología, cuyo escaso número depende de la orientación especial de mi práctica. Estas operaciones son en total cuatro: una de colecistitis supurada, una apendicitis supurada, y dos curaciones radicales de hernia.

OBSERVACIONES.

14^a—*Caso núm. 27.*—J. M. de M., de 26 años, casada; primera menstruación a los 13; cuatro partos fisiológicos; cólicos hepáticos desde hace catorce años; accesos de fiebre de tiempo en tiempo. *Estado actual:* cuadro completo de peritonitis localizada; temperatura, 40 grados. *Examen físico:* tumor renitente invólil, doloroso, en el hipocondrio derecho; sonoridad sobre todo el tumor. *Análisis de la orina:* después del cateterismo de los uréteres, caracteres normales e iguales para los dos riñones; reacción ácida. Líquido tomado del tumor por una punción capilar, alcalino, albuminoso y purulento. Los otros órganos normales. *Diagnóstico:* Colecistitis supurada. Operación: colecistotomía. Vesícula llena de pus, de paredes gruesas; no se encontraron cálculos. Fijación de la vesícula y canalización. Duró la operación 1 h. 20 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 8 gr., de éter 300 gr. Curación conservando una fístula biliaria. La enferma se levantó a los siete días.

15^a—*Caso núm. 47.*—R. O. de P., de 60 años, viuda. Después de una comida indigesta aparecieron los primeros síntomas de apendicitis aguda dos meses antes de la operación. El tratamiento médico llevó la enfermedad al estado actual. Fiebre intermitente, fluctuando entre 38 y 38.5, sudores abundantes, enflaquecimiento. *Examen físico:* tumor renitente, doloroso e inmóvil en el flanco derecho; macizo a la percusión. *Diagnóstico:* Absceso periapendicular. Operación: incisión del absceso sin destruir las adherencias. Capacidad del absceso: más de medio litro. Duró la operación 30 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 5 gr., de éter, 100 gr. Curación sin incidente en cuatro semanas.

16^a—*Caso núm. 47.*—B. M., joven, soltero, de 20 años, sin antecedentes patológicos, padeciendo de relajadura desde hace ocho años; neurasténico, pensando constantemente en el mal que podría ocasionarle su enfermedad. *Examen físico:* abultamiento escrotal lobulado, reducible, sonoro. Anillo inguinal más amplio que el grueso del dedo índice. *Diagnóstico:* Hernia inguinal oblicua externa llegando hasta el escroto y conteniendo epiplón e intestino. Operación: curación radical por el procedimiento de Bassini; S ilíaca adherida al cuello del saco. Duró la operación 1 h 50 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 8 gr., de éter 225. Curación sin incidente. Se levantó el enfermo a los cinco días.

17^a—*Caso núm. 57.*—F. D. N., de 42 años, casada; primera menstruación a los 15, regular, cada veintiocho días, de tres de duración; nueve partos normales y dos abortos; embarazada de dos meses. *Diagnóstico:* Hernia crural izquierda que ha producido seis ataques de estrangulamiento, llegando el último hasta producir vómitos fecaloides. Operación: curación radical; sutura en bolsa del anillo

por el procedimiento de Mayo. Duró la operación 1 h. 10 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 6 gr., de éter, 225. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a los tres días.

Estas cuatro operaciones forman dos grupos naturales: el primero, séptico, constituido por los dos primeros casos, y el segundo, aséptico, formado por las dos hernias. Cada una de las dos operaciones del primer grupo podría bastar por sí sola, con especialidad la colecistotomía, para hacer motivo de un estudio y de una discusión importante; pero deseando dar a este trabajo un carácter general, tomaré de ellas solamente las consideraciones de este orden. En los dos casos primeros había un absceso intraperitoneal perfectamente aislado por adherencias del resto de la cavidad. El respeto a estas adherencias salvadoras es lo que dará siempre el éxito feliz. El deseo de hacer una operación completa que obligaría a romper el dique, llevará seguramente al fracaso o cuando menos comprometerá seriamente el resultado de la operación.

OPERACIONES VAGINALES.

Comprende este grupo 18 operaciones clasificadas como sigue:

Histerectomías totales.....	4
Histerectomías supravaginales.....	4
Ovariectomías.....	1
Salpingoovariectomías.....	8
Miomectomías.....	1

OBSERVACIONES.

18ª.—Caso núm. 2.—L. H. de 32 años, casada; primera menstruación a los 15 años, abundante, de ocho a diez días de duración, ligeramente dolorosa; dos partos normales, el último hace cinco años. *Estado actual*: Dolores en el vientre, escurrimiento vaginal fétido. *Examen físico*: Vulva y vagina normales, cuello desgarrado, grueso, móvil y sin ulceración; matriz y anexos sanos. *Diagnóstico*: cáncer del cuello. Operación: histerectomía con extirpación de la mitad superior de la vagina. Duró la operación 1 h. 30 m. Anestesia clorofórmica. Consumió de cloroformo 75 gramos. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los ocho días. *Examen histológico*: epiteloma del cuello.

19ª.—Caso núm. 4.—D. V., de 36 años, casada, alcohólica. Primera menstruación a los 15 años. Menorragia desde el principio. Un parto normal hace veinte años. Dolores en el vientre con irradiaciones a los muslos. Menorragias. *Examen físico*: Vulva y vagina normales; cuello desgarrado, exageradamente grueso y duro; matriz crecida, móvil; anexos del lado derecho gruesos y dolorosos. *Diagnóstico*: Cáncer del cuello y anexitis plástica derecha. Histerectomía total con resección de la porción superior de la vagina. Duró la operación 50 m. Anestesia: cloroformo. Consumió de cloroformo 100 gramos. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los seis días. Dos meses después, a consecuencia de un coito brusco durante un período de embriaguez, se desgarraron la cicatriz y la vejiga; no había habido reproducción del neoplasma. Curación operatoria de la fístula sin incidente.

20ª.—Caso núm. 6.—R. C. de G., de 29 años, casada; primera menstruación a los 13 años; regular, de cuatro días, dolorosa. Un parto nor-

mal hace ocho años. Suspensión de la menstruación hace tres meses; dolores intensos, escurrimiento abundante de pus; diarrea, vómitos, fiebre alta; mes y medio antes sufrió una operación que se repitió a los cinco días. *Examen físico*: Vulva y vagina normales. Tumor ocupando la fosa ilíaca izquierda hasta el ombligo, muy doloroso, inmóvil y comunicado por una fístula con el fondo de saco posterior. *Diagnóstico*: Piosalpinx, previamente canalizado; fistuloso y reproducido; gruesas adherencias. Histerectomía total con *clamps* que después se substituyeron por ligaduras. Duró la operación 1 h. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 15 gramos, de éter, 150. Curación. La enferma se levantó a los cinco días.

21ª.—*Caso núm. 10.*—M. de J. H., de 61 años, viuda, primera menstruación a los 14, regular, indolora, de tres días de duración; menopausia a los cuarenta y dos años; siete partos normales. *Examen físico*: Matriz colgando entre los muslos. La mucosa vaginal ulcerada en algunos puntos. *Diagnóstico*: Prolapsus completo de la matriz. Operación: histerectomía total con resección de la mayor parte de la vagina. Duró la operación 40 m. Consumió de cloroformo 5 gramos, de éter, 100 gramos. Disnea intensa los dos primeros días. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a los diez días.

22ª.—*Caso núm. 38.*—C. B. de T., casada, múltipara; faltan en la historia los datos generales y antecedentes. *Examen físico*: Vulva y vagina normales, cuello grueso con ectropión; matriz grande, globulosa, cavidad de once centímetros. Endometritis con probable degeneración maligna del cuerpo de la matriz. Histerectomía supravaginal con ligadura previa de los pedículos vasculares. Duró la operación 1 h. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 15 gramos, de éter, 200 gramos. La raspa uterina previa produjo gruesos colgajos de mucosa degenerada cuyo examen histológico demostró un deciduoma maligno. Al tercer día uno de los pedículos se aflojó, produciéndose una hemorragia interna grave que por sí sola se detuvo, después de varias inyecciones de suero fisiológico. A los cinco días, abertura del hematoma producido. Curación sin otro accidente. La enferma se levantó a los quince días.

23ª.—*Caso núm. 56.*—C. V. de R., de 30, años casada; primera menstruación a los 13 años, irregular, de cinco a seis días, abundante, algunas veces dolorosa; un parto largo y difícil hace cuatro años. Dolor en el vientre y la cintura, inflamaciones frecuentes. Anemia, perturbaciones digestivas, defecación y micción dolorosas. *Examen físico*: Señora enflaquecida, pálida; vulva normal, cuello desgarrado, matriz en retroversión adherente muy dolorosa; anexos gruesos y dolorosos. *Diagnóstico*: Metroanexitis postpuerperal. Histerectomía supravaginal en vista del gran número de adherencias que tenía la matriz. Duró la operación 1 h. 15 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 6 gramos, de éter, 225. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los tres días.

24ª.—*Caso núm. 62.*—A. G., de 25 años, casada. Primera menstruación a los 13, regular, ligeramente dolorosa, cada veintiocho días. Estéril desde hace nueve años. Operaciones anteriores: dicción del cuello, traquelorrafia. *Estado actual*: Dolores en el vientre y la cintura; escurrimiento purulento, pelvi-peritonitis repetidas, menstruación dolorosa, fiebre, enflaquecimiento. *Examen físico*: Vulva y vagina normales, cuello con una cicatriz, matriz en anteversión, anexos quísticos y dolorosos. *Diagnóstico*: Piosalpinx bilateral. Histerectomía supravaginal por hemisección. Duró la operación 1 h. 48 m. Anestesia: cloro-

formo y éter. Consumió de cloroformo 10 gramos, de éter, 400 gramos. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los tres días.

25ª.—*Caso núm 63.*—G. G. de C., de 24 años, casada; primera menstruación a los 11 años, regular, de tres días de duración, cada veintiocho días. Un aborto, un parto hace tres meses, con aplicación de forceps; después del parto, fiebre al principio alta, quedando después entre 38 y 39, sostenida hasta la fecha. *Examen físico:* Vulva desgarrada, vagina y cuello normales; matriz grande; anexos quísticos y dolorosos formando cuerpo con la matriz. *Diagnóstico:* Metroanexitis puerperal. Histerectomía vaginal anterior, excepcionalmente difícil por estar la matriz y los tejidos sumamente deleznable; en cualquier lugar que se hacía fuerza se desgarraban. Duró la operación 1 h. 10. m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 8 gramos, de éter, 100 gramos. Curación sin incidente. La enferma se levantó a las cuarenta y ocho horas.

26ª.—*Caso núm 3.*—M. V., de 43 años, viuda; primera menstruación a los 14 años; muy abundante, de ocho días. Menopausia a los 42 años; un parto normal hace catorce años. *Estado actual:* Dolores en el vientre con irradiaciones al muslo derecho; constipación; poliaquiria. *Examen físico:* Tumor quístico esférico, ascendiendo hasta más arriba del ombligo. Matriz normal, desviada a la derecha; vulva y vagina amplias y normales. *Diagnóstico:* Quiste unilocular del lado derecho. Ovariectomía por la vía vaginal anterior. Duró la operación 50 m. Anestesia: clorofórmica por intolerancia del éter. Consumió de cloroformo 50 gramos. Cantidad de líquido contenido en el quiste: 14 litros. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los cinco días.

27ª.—*Caso núm. 5*—C. V. de T., de 37 años, casada; primera menstruación a los 17 años, regular, de cuatro días de duración, indolora. Un parto normal hace diez y ocho años, seguido de fiebre puerperal. *Estado actual:* Frecuentes pelviperitonitis. Menstruación dolorosa y menorrágica con calentura, dolor intenso en el lado izquierdo con irradiaciones al muslo; escurrimiento purulento abundante. Defecación y micción dolorosas. *Examen físico:* Vulva desgarrada, vagina y cuello normales, matriz voluminosa, dolorosa y poco móvil. Anexo izquierdo como una naranja, fluctuante y muy doloroso. Anexo derecho poco doloroso y no crecido. Corazón: soplo sistólico en la punta. *Diagnóstico:* Piosalpinx izquierdo. Salpingectomía; vía vaginal anterior. Se desgarró la vejiga al separarla del cuello. Duró la operación 1 h. 30 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 30 gramos, de éter, 250 gramos. A los ocho días comenzó a escurrir orina por la vagina; una segunda intervención curó la fístula. Curación sin otro incidente.

28ª.—*Caso núm 15.*—L. C. de Z., de 16 años, casada; primera menstruación a los 11 años; un parto normal; dos meses antes, colpotomía posterior para canalizar un foco anexial que permaneció fistuloso. *Estado actual:* Dolores en el vientre, escurrimiento purulento, fiebre intermitente; adinamia. *Examen físico:* Vulva y vagina normales; matriz poco móvil; anexos derechos muy abultados, supurando por la fístula existente en el fondo de saco posterior; anexos izquierdos sanos. *Diagnóstico:* Piosalpinx fistuloso. *Diagnóstico postoperatorio:* absceso del ovario. Operación: salpingoovariotomía. Duró la operación 45 m. Anestesia clorofórmica. Consumió de cloroformo 40 gramos. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los seis días.

29ª.—*Caso núm. 22.*—I. P., de 19 años; primera menstruación a los 16, abundante, de cuatro días; nulípara; dolores en el vientre. No están consignados los

datos del examen físico. *Diagnóstico*: piosalpinx bilateral. Salpingoovariotomía bilateral; vía vaginal anterior. Anestesia clorofórmica. Duró la operación 1 h. Consumió de cloroformo 60 gr. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a los tres días.

30^a—*Caso núm. 37*.—D. G. de C., de 20 años, casada, nulípara; primera menstruación a los 16 años, abundante, indolora. *Estado actual*: Dolores en el vientre; menorragias dolorosas. *Examen físico*: Vulva, vagina y cuello normales; matriz en retroversión dolorosa; ovarios abultados. *Diagnóstico*: Retroflexión y ovariitis poliquística. Operación: salpingoovariotomía bilateral; véscicovagino-fijación. Duró la operación 1 h. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 10 gr., de éter, 200 gr. Curación sin incidente. Se levantó la enferma a los tres días.

31^a—*Caso núm. 46*.—E. M. de M., de 27 años, casada; primera menstruación a los 15, regular, dolorosa, de cinco a seis días de duración, cada treinta días; tres partos normales; pelviperitonitis frecuentes; menorragias muy dolorosas; escurrimiento mucopurulento. *Examen físico*: Vulva y vagina normales; cuello abultado, con ectropión; matriz en retroflexión, inmóvil y dolorosa; trompa derecha quística; trompa izquierda menos abultada; uretra infectada; los otros órganos normales. *Diagnóstico*: Metroanexitis blenorragica; retroflexión adherente. Operación: salpingoovariotomía del lado derecho; salpingectomía del lado izquierdo; véscicovagino-fijación. Duró la operación 1 h. 15 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 9 gr., de éter, 250. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los tres días.

32^a—*Caso núm. 53*.—E. Z., de 19 años, casada; un parto normal; faltan antecedentes. *Examen físico*: Vulva y vagina normales; matriz poco móvil; los dos anexos, quísticos y muy dolorosos; escurrimiento mucopurulento. *Diagnóstico*: Piosalpinx bilateral. Operación: Salpingoovariotomía bilateral. Anestesia: cloroformo y éter. Curación sin incidente. Se levantó a los tres días.

33^a—*Caso núm. 58*.—G. D. de B., de 21 años, casada; primera menstruación a los 14, escasa, de tres días de duración, cada treinta días; tres partos normales. Un mes antes pelviperitonitis intensa; escurrimiento purulento; disuria; dolor al defecar; fiebre alta intermitente. *Examen físico*: Vulva, vagina y cuello infectados; matriz dolorosa; anexos quísticos de los dos lados. *Diagnóstico*: Piosalpinx bilateral. *Diagnóstico postoperatorio*: piosalpinx del lado derecho, absceso del ovario del lado izquierdo. Operación: Salpingoovariotomía bilateral. Anestesia: cloroformo y éter. Duró la operación 1 h. 10 m. Consumió de cloroformo 6 gr., de éter, 200 gr. Curación sin incidente. La enferma se levantó a las cuarenta y ocho horas.

34^a—*Caso núm. 48*.—S. C. de S., de 20 años, casada; primera menstruación a los 14 años, regular, dolorosa, cada treinta días. Un parto normal, dolores en el vientre con irradiaciones al epigastrio; constipación. *Examen físico*: Vulva, vagina y cuello normales, matriz en retroflexión adherente, anexos normales. *Diagnóstico*: Retroflexión. Operación: véscicovagino-fijación. Duró la operación 50 m. Anestesia: cloroformo y éter. Consumió de cloroformo 6 gr., de éter, 200. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los tres días.

35^a—*Caso núm. 19*.—D. G. de P., de 42 años, casada; primera menstruación a los 13 años, abundante, muy dolorosa; nulípara. *Estado actual*: Dolores en el vientre, menorragias abundantes, pequeñas metrorragias. *Examen físico*: Matriz crecida, endurecida e irregular. Los otros órganos normales. *Diagnóstico*: Fibromas

múltiples, pequeños. Operación: miomectomía. Anestesia: cloroformo y éter. Duró la operación 1 h. 5 m. Consumió de cloroformo 20 gr., de éter, 350. Curación sin incidente. La enferma se levantó a los seis días.

Las observaciones a que se presta este grupo son de órdenes diversas. Después de luego, la frecuencia de las infecciones microbianas, nueve entre los diez y siete casos, hecho bien conocido y explicable por los dos grandes factores de morbilidad genital: las infecciones gonocócicas, tan frecuentes en el hombre y tan descuidadas en algunos, que si no fuera por la ignorancia que pueden alegar en su favor, deberían caer bajo sanción penal, pues apenas se concibe que sin reparo de ninguna especie, portadores de la "gota militar," tanto más terrible cuanto mas solapada, mancillen el tálamo nupcial llevando como ofrenda del amor el germen que más tarde determinará la mutilación y la infelicidad por toda la vida de la inocente esposa, que sin sospecharlo entrega su alma y su cuerpo al que de la mano la conducirá a la mesa de operaciones, cuando no a la tumba; y las infecciones puerperales, que para vergüenza de la asepsia y baldón de quienes en los partos intervienen, aún son frecuentes.

Comparando el cuadro de operaciones vaginales con el de operaciones abdominales, se observará la predilección de la vía vaginal para operar los piosalpinx y todas aquellas lesiones que por su tamaño, como los pequeños fibromas, o por su falta de adherencias y posibilidad de reducción, como el quiste del ovario que contenía catorce litros de líquido; predilección explicada y razonada en algunas discusiones que se han sostenido en esta Academia y que los que nos dedicamos a este ramo de la cirugía debemos tratar de vulgarizar con todo ahinco para contrarrestar la influencia de los cirujanos de allende el Bravo y el Atlántico, que en su mayor parte son exclusivistas, al operar a todas sus enfermas por la vía abdominal, cuando se tiene a la mano un camino que parece señalado por la naturaleza para alcanzar los órganos internos con menores riesgos, con menores destrozos y sin dejar una perenne cicatriz que expone a trastornos ulteriores. Esta predilección debe, sin embargo, estar basada en el conocimiento exacto de cada caso y en el diagnóstico minucioso de las lesiones; para elegir unas veces la vía abdominal, aun cuando se trate de casos sépticos, como en las cuatro observaciones relatadas en el primer grupo, y otras, la vía vaginal, aun para operaciones asépticas, como en los tres que se encuentran en el segundo grupo, teniendo siempre como regla general, que deberá preferirse la vía vaginal para las operaciones sépticas.

La técnica seguida en todas estas operaciones vaginales ha sido siempre la misma: penetración a la cavidad a través de la pared vaginal anterior por incisión longitudinal, completada algunas veces por otra pequeña transversal sobre el fondo de saco anterior; incisión complementaria que la mayor parte de las veces no se necesita; inversión de la matriz y ligadura previa de los pedículos vasculares. En sólo dos casos excepcionalmente difíciles, los 18 y 22 hubo de modificarse la técnica: en el primero, haciendo uso de *clamps* por imposibilidad de colocar las ligaduras; y en el segundo, haciendo la hemisección de la matriz por la imposibilidad de alcanzar los órganos suprarados sin recurrir a esta maniobra. La hemisección de la matriz, una vez que se ha decidido la extirpación del órgano, ya sea supravaginal, ya total, facilita en extremo las maniobras anteriores, de igual manera que se hace cuando se opera por la vía abdominal. La colocación de *clamps* en vez de ligaduras debe evitarse hasta donde sea posible, por el mal trato que estos instrumentos originan en los tejidos que toman.

dando lugar a amplias zonas de esfacelo, que son otros tantos focos de infección y causas de convalecencias prolongadas, cuando no se pellizcan los uréteres y se origina una fistula casi incurable o la muerte por uremia. Si, como en la observación núm. 18, llega la necesidad de usarlos, nunca deben dejarse a permanencia, sino ser substituídos por ligaduras tan luego como se han quitado los órganos y el campo ha quedado bastante amplio para hacer la substitución. Seguramente que no hay práctica más antiquirúrgica que peque más contra la asepsia y contra las condiciones en que deben dejarse los tejidos para su cicatrización y reparación, que la de dejar pinzas a permanencia. Desgraciadamente todavía de cuando en cuando se oye que algún cirujano ha cometido este grave pecado, y afortunadamente ha caído en desuso el procedimiento de Young, que sin medir el mal que hacía, llegó hasta inventar *clamps* cuyos mangos se desarticulaban para que su permanencia fuera menos molesta, como si no fueran las ramas que están mordiendo constantemente los tejidos las que molestan, maltratan, mortifican e infectan.

El procedimiento de elección para las histerectomías vaginales debe ser, como para las abdominales, el supravaginal: facilita mucho la operación como cuando se opera por la vía alta y deja el piso pélvico en las mismas condiciones si se tiene el cuidado de hacer la suspensión del muñón del cuello de los ligamentos redondos, cosa fácil de ejecutar si al ligarlos se dejan sostenidos por la misma ligadura para después incluirlos en la sutura que cierra el cuello y hace la peritonización. Ya el señor Dr. Velázquez Uriarte, el año pasado, en un interesante trabajo citado al principio de este estudio, nos señaló las grandes ventajas del procedimiento practicado por la vía abdominal. Iguales ventajas tiene por la vía vaginal y se puede practicar con la misma facilidad.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La consideración más importante, en mi concepto, es el corto tiempo que conservo a mis enfermas en cama. Tan pronto como han pasado los trastornos ocasionados por la anestesia y el choque operatorio, lo que se efectúa entre las veinticuatro y las cuarenta y ocho horas, hago levantarlas cualquiera que haya sido la naturaleza de la operación, con la única condición de que no se haya presentado complicación alguna. Esta práctica, que pudiera parecer un poco atrevida, no me ha proporcionado sino buenos resultados, disminuyendo en mucho la convalecencia, pues muy pronto vuelven las fuerzas y las energías a las operadas, tanto por la influencia física del ejercicio, mejor aire, sol y mejor alimentación, como por la influencia moral que el enfermo experimenta al ver que sin inconveniente y casi sin molestia puede abandonar la cama cuarenta y ocho horas después de haber sufrido una grave operación. Todas las funciones orgánicas se reavivan y fortalecen, con especialidad las del tubo digestivo, y los enfermos, no sintiendo el cansancio terrible de la cama, hacen una convalecencia verdaderamente feliz y rápida. En las operaciones vaginales en que casi siempre, por su naturaleza, las enfermas quedaban canalizadas, fuí muy precavido al acortar el tiempo de permanencia en cama, por el temor de ver salir por la abertura de la canalización una asa intestinal o un fragmento de epiplón; pero este temor ha sido vano, demostrándomelo las modificaciones que he introducido en la canalización. Antiguamente canalizaba al uso de la mayor parte de los cirujanos que utilizan la vía vaginal, con tiras de gasa que desde el lugar que se necesitaba canalizar salían a la vagina por la extremidad superior de la herida vaginal anterior

o por una abertura especial hecha en el fondo de saco posterior. Esta canalización tiene el grave inconveniente de que se adhiere de tal manera, que es casi imposible retirarla en los primeros días, y si se pretende hacerlo, es necesario clo-roformizar a la enferma, para que pueda soportar los dolores que le causa el arrancamiento de las adherencias formadas alrededor; arrancamiento que abre numerosas bocas a la absorción, destruye las defensas naturales del organismo, interrumpe el trabajo de cicatrización y expone a traer detrás de la gasa un fragmento de epiplón o una asa intestinal a ella adherida. De allí la necesidad de dejar esta canalización, seis, ocho o diez días hasta que el proceso de gemación y supuración la aflojen, retirando entonces no sin producir dolor, un tapón cuya fetidez es insoportable. Tratando de obviar estos inconvenientes, recurrí a los canalizadores metálicos flexibles, pues los tubos de canalización de goma son inútiles porque doblándose sobre el cuello se obstruyen. Tampoco de ellos obtuve buen resultado, porque muy pronto esfacelan los tejidos con que están en contacto y exponen a la abertura por esfacelo del recto, de la vejiga o de una asa intestinal. El uso de los canalizadores metálicos me trajo la enseñanza de que al tercer o cuarto día que los retiraba estaban rodeados y completamente obstruidos por una capa de fibrina en vías de organizarse; enseñanza que me demostró la inutilidad de prolongar la canalización por más de cuarenta y ocho horas cuando no es una cavidad purulenta y amplia la que se canaliza. Pensé entonces en buscar un canalizador que sin tener el inconveniente del tubo de goma, que se dobla y se obstruye, ni los del tubo metálico, que esfacela, ni los de la gasa, que se pega, reuniera las ventajas de los tres: amplitud de los tubos, canalización capilar de la gasa y no adherencia a los tejidos cruentos. Encontré este canalizador en los trabajos de los hermanos Mayo, de Rochester, que lo usan para la canalización de la vesícula biliar y consiste en un tubo de goma de grueso calibre, envuelto en gasa, (doce o quince vueltas) y todo ello envuelto en "rubber dam:" es perfectamente aséptico y funciona admirablemente. Haciendo uso de este canalizador puedo retirarlo a las cuarenta y ocho horas sin la menor molestia, dejando el cilindro de adherencias que lo han rodeado y cierra la abertura de canalización. Siguiendo este procedimiento de canalización puedo, sin inconveniente, levantar a las enfermas operadas por la vía vaginal a las cuarenta y ocho horas, como las operadas por la vía abdominal.

Decía antes que para llegar a este espléndido resultado quirúrgico se necesita como única condición que no haya complicación alguna. Para evitar estas complicaciones, se necesita poner en práctica una serie de pequeños detalles que mencionaré, porque, no obstante ser cosas bien conocidas, un buen número de cirujanos los ostentan como conocimientos teóricos, pero no los ponen en práctica, al menos de una manera sistemática. Es seguro que si la buena técnica permite llevar a feliz término una operación, aun difícil, no menos seguro que el curso postoperatorio dependerá de la ejecución de los detalles a que me refero. Estos detalles son: primero, de asepsia; segundo, de defensa orgánica y tercero, de sutura.

PRIMERO. Parecería ocioso hablar de asepsia en pleno siglo XX, cuando la palabra corre como válida en boca de todo médico, de los estudiantes todos, de los aficionados y hasta de los extraños a la Medicina; pero ¡qué pocos son los cirujanos que le dan todo su alcance y la práctica en todos sus detalles! Para operar con manos asépticas, no bastará lavárselas una o varias veces con jabón antiséptico o simplemente estéril, con agua estéril y cepillo, zacate o un pedazo

de suave gasa aséptica, como lo hace alguno de nuestros más prestigiados cirujanos, que desgraciadamente en esto está formando escuela, tal vez por la suavidad cariñosa de la gasa, contrastable con el áspero frotamiento del cepillo; para ser aséptico es necesario el uso sistemático de los guantes, que es de sentirse no se haya generalizado en esta forma entre nosotros; guantes que deberán cambiarse a cada ruptura, a fin de que su uso no sea ilusorio, como el de otras tantas prácticas asépticas, mal comprendidas o cuando menos mal ejecutadas. En esta categoría entra otro detalle indispensable para obtener esas convalecencias sin ninguna complicación, que permiten levantar a los laparotomizados a las cuarenta y ocho horas. Muy generalizadas entre nosotros y conservadas por una rutina inexplicable, se encuentran las mangas cortas que dejan al descubierto los codos y los antebrazos. Yo he visto cirujano operando con las manos correctamente calzadas de guantes, los brazos y el cuerpo protegidos con ropa estéril, pero los antebrazos y los codos al descubierto. ¿Se puede, no digo asegurar, sino aun siquiera suponer, la asepsia de los codos, que no han sido alcanzados por el agua y mucho menos por el jabón y el cepillo? Y no hay que olvidar que constantemente rozan y aun a veces descansan sobre las toallas estériles que rodean el campo operatorio. Es, pues, otro por menor indispensable para ejecutar una operación aséptica, el uso de batas con mangas largas cuya extremidad inferior, quedando cogida por la superior del guante, proteja e impida el contacto de cualquier porción de piel del brazo del cirujano con el campo operatorio. Llegamos ahora a la defensa contra la piel del operado. Generalmente se rodea el campo operatorio de lienzos estériles, pero siempre se deja un buen pedazo de piel descubierta alrededor de la herida, y en las operaciones vaginales toda la vulva, el pliegue genitorcual, el perineo y a veces hasta el ano. ¿Puede confiarse en el uso de los guantes y mangas largas cuando se deja descubierta la piel del enfermo, sobre todo si se trata de partes tan infectadas como las que acabo de señalar? Indudablemente que no, y para el enfermo debe regir la misma regla que para el cirujano: cubrir toda la porción de piel que esté en la proximidad del campo operatorio. Esto se consigue en el abdomen, con un cuadrado de "rubber dam" sin abertura previa, que se extiende sobre el lugar en que se va a hacer la incisión y se corta, al cortar la piel exactamente en la misma extensión que ésta; y luego, antes de dividir el tejido celular subcutáneo, se fijan los bordes de la abertura a los bordes de la herida con grapas de Michel o con pinzas apropiadas, y para la vagina, con el mismo cuadrado que se perfora al comenzar la operación y se fija la perforación en la abertura vaginal.

SEGUNDO. Los principales pormenores sobre que deseo llamar la atención de ustedes en lo que respecta a cuidar y favorecer la defensa orgánica, son: la completa peritonización, detalle que la mayor parte de los cirujanos pone en práctica; la reposición a su lugar de las vísceras que han sido desalojadas, con especialidad del gran epiplón, que siempre debe desplegarse delante de la masa intestinal y llevar su extremidad abajo de aquélla, interponiéndola entre el intestino y lo que fué superficie cruenta. Esto que parece insignificante y que pocos cirujanos le dan importancia, es capital, pues el gran epiplón constituye el principal medio de defensa orgánica intraperitoneal. Por eso vemos cómo donde quiera que se despierta un proceso inflamatorio allí va el gran epiplón a formar las adherencias, a levantar las trincheras que impedirán el avance del enemigo. Si se le deja enredado y rechazado a la parte alta de la cavidad, como lo coloca la posición de Trendelenburg en que se opera, y vienen los intestinos desprovistos de su

delantal protector a ponerse en contacto con lo que fué campo operatorio, se priva al organismo de esa trinchera, de su principal medio de defensa y de su principal arma para destruir los gérmenes.

Cuando se han llenado bien los dos detalles anteriores, resulta inútil y aun perjudicial la canalización de la cavidad abdominal, aun en el caso en que se hayan abierto focos purulentos. En tres de las operaciones abdominales relatadas en este estudio se han desgarrado las bolsas purulentas durante la operación; en ninguna de ellas se ha canalizado la cavidad abdominal, y las enfermas han hecho su convalecencia sin reacción evidente del peritoneo. Si no debe canalizarse la cavidad abdominal cuando ha quedado bien peritonizada y bien protegida por el epiplón, con mucha mayor razón debe condenarse la conducta de los cirujanos que aún usan de una manera casi sistemática el Mikulicz, cuyas indicaciones en la actualidad son realmente excepcionales y cuyos inconvenientes son tan grandes: puerta abierta a la infección, necesidad de cambiar el apósito diariamente, necesidad de cloroformizar al enfermo en cada curación; formación de adherencias intestinales y cicatriz lo mejor dispuesta para una eventración. Al asentar que no debe canalizarse la cavidad abdominal, no quiere decir que debe suprimirse toda canalización, sino que condeno simplemente la canalización alta y la de la cavidad propiamente dicha. Deben canalizarse todos los casos sospechosos; pero por el fondo de saco posterior y el *drain* sólo debe llegar a las superficies cruentas sin pasar la línea de peritonización.

Al lado de estas minucias del acto operatorio, vienen otras que no por figurar entre los cuidados postoperatorios dejan de contribuir en ayuda de la defensa orgánica y toman en ella parte muy principal, siendo de las que más contribuyen a que los enfermos puedan levantarse en poco tiempo. Estos dos detalles, son el uso sistemático de la posición de Fowler y la administración, igualmente sistemática, durante las primeras veinticuatro horas, de grandes cantidades de suero por el recto. Uno y otro ayudan en gran manera a la defensa orgánica y su acción no sólo es eficaz en los casos complicados, sino también y muy apreciable en los que siguen un curso normal.

Llegamos por fin al TERCER punto, o sea el de las suturas. Para poder levantar un enfermo a las cuereita y ocho horas, sin peligro de eventración, es indispensable que la sutura sea perfecta. La mayor parte de los cirujanos se conforman con poner tres planos (peritoneo, aponeurosis y piel) de sutura, acompañados de algunos puntos en masa, llamados suturas de sostén; es indudable que esta práctica es defectuosa y no da las suficientes garantías, no obstante que la sutura de la aponeurosis, que se ha reputado como la más importante, y la cual se han ingeniado los cirujanos en reforzar, se haga con un simple surjete, con puntos separados sobreponiendo las hojas aponeuróticas, invirtiéndolas hacia adentro o hacia afuera, usando hilos metálicos perdidos o susceptibles de ser retirados más tarde, o poniendo en práctica cualquiera de tantos medios que para esta sutura se han aconsejado. Bastará recordar, por una parte, que los principales planos de la pared abdominal son cinco y que la más elemental regla de sutura manda que deben afrontarse tejidos homólogos y no dejar espacios muertos, para comprender que con tres planos de sutura no se pueden afrontar debida y seguramente cinco planos de tejidos. Procediendo en esa forma, el plano muscular y el celular subcutáneo siempre quedarán sin un buen sostén y en muchos casos dejarán espacios muertos, que aumentan el trabajo de reparación y son la explicación de muchas supuraciones que se atribuyen al catgut, casi siempre inocente, pero

imposibilitado de defenderse. Los que hayan explorado alguna cicatriz abdominal ancha, floja, que ha dado lugar a una eventración, habrán notado que la resistencia de la pared comienza, no donde está el borde aponeurótico, que casi siempre está cicatrizado al opuesto, sino donde comienza el borde muscular. Si es la contracción de los rectos y los otros músculos de la pared la que forma una parte, la mayor de la potencia de la prensa abdominal, donde quiera que falte el músculo se encontrará un punto débil. De allí que yo juzgo tan importante y tan necesario para la buena reconstrucción de la pared abdominal, la aproximación y sutura de los músculos. Puntos adecuados en forma de doble ocho, cuyos detalles he explicado en alguna otra vez, permiten suturar firmemente los músculos sin peligro de disociar sus fibras y desgarrarlas. No tan importante como la sutura muscular desde el punto de vista de la resistencia de la pared, pero sí con igual y tal vez mayor, desde la fácil y rápida cicatrización, es la sutura en plano separado del tejido celular subcutáneo, para estar seguro de que por todas partes hay un perfecto afrontamiento, y por ninguna un espacio muerto, por pequeño que sea.

El tratamiento que hago de la herida abdominal y que me da completa garantía para levantar a los enfermos a las cuarenta y ocho horas, es el siguiente: sutura del peritoneo con surjete de catgut; sutura de los músculos con puntos en doble ocho, también de catgut, surjete de catgut en la aponeurosis; puntos en doble ocho para el tejido celular subcutáneo, y grapas de Michell para la piel. A las cuarenta y ocho horas se retiran las grapas y se encuentra ya adherida la piel; se sostiene toda la pared anterior del abdomen en la cicatriz con largas tiras de tela adhesiva que van de un flanco al otro, se renueva el apósito y la enferma se levanta. Como se ve, he eliminado toda sutura penetrante que de la superficie de la piel vaya al interior de los tejidos, pues muchas veces son el vehículo por donde los gérmenes de aquella penetran a formar pequeños focos de supuración, o cuando menos, a causar el enrojecimiento de los bordes de la herida, que no es sino el primer paso a la infección dominada en su principio por el poder fagocitario del organismo; y esto que digo de los pequeños puntos penetrantes que sirven para afrontar la piel, surjete o puntos separados de seda, catgut o crin de Florencia, lo digo con mucha mayor razón de los grandes puntos de sostén que a cuatro o cinco centímetros del borde de la herida penetran atravesando piel, tejido celular y a veces aponeurosis y músculos y que no desempeñan otro papel que extrangular en masa a los tejidos dificultando su nutrición; servir de tormento a los enfermos cada vez que hacen algún movimiento y cortar la piel, dando lugar a esas cicatrices desagradables, atravesadas por tres o cuatro cicatrices transversales originadas por los puntos de sostén que ya deberían desaparecer de la rutina quirúrgica.

A otras consideraciones todavía importantes se prestaría el grupo de operaciones que he tenido a honra presentar a ustedes, con especialidad en lo que se refiere a la anestesia obtenida por la administración sucesiva del cloroformo y el éter; pero habiéndose excedido este escrito, y con mucho, de los límites de un trabajo académico, las dejo para otra oportunidad, terminando aquí con la atenta súplica de que dispensen que por tanto tiempo haya entretenido su atención.

Febrero 11 de 1913.

U. Valdés.