groso, querer descubrir las colecciones purulentas. En el caso harto frecuente de no haberse evacuado éstas desde luego, P. Segond recomienda que con los dedos introducidos á lo profundo de la vagina se procure determinar los puntos fluctuantes y que se vayan abriendo á medida que se descubran: me parece que esta práctica reune más inconvenientes que ventajas.

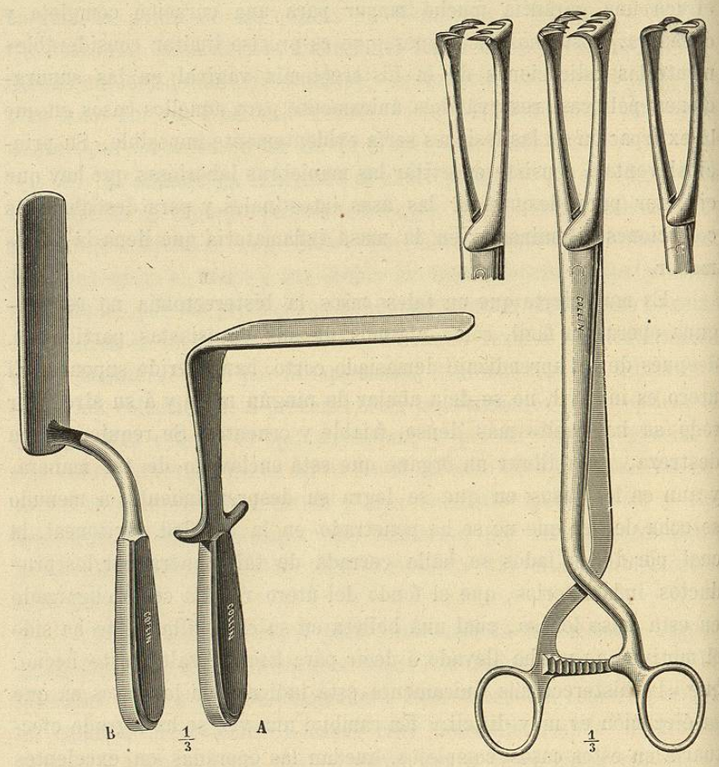

Fig. 22.—Separadores de Péan (Collin)
A. Acodados.—B. Contra-acodados

Fig. 23.—Pinzas para fraccionamiento (Collin)

Únicamente admito esta maniobra, cuando se puede reconocer fácilmente la colección por medio de la palpación abdominal combinada con el tacto. En efecto, si insistimos en llevar á cabo una verdadera pesquisa de las colecciones, nos exponemos á desprender las pinzas que aseguran la hemostasia, á transportar á lo lejos la infección y hasta á herir asas intestinales tensas, cuya naturaleza se puede desconocer fácilmente. Después de haber extirpado el útero, operación que considero en estos casos como *fundamental* y no

como *preliminar* (Reclus), recomiendo que en cuanto sea dable se limiten las maniobras posteriores á introducir en el lugar que aquella entraña ocupaba un saco de gasa yodofórmica, el cual deberá irse llenando de tirillas de gasa, del mismo modo que para el taponamiento peritoneal de Mikulicz, y que se abandone á los resultados de la dehiscencia espontánea la evacuación de las celdillas y de los alvéolos purulentos que no hayan sido fácilmente accesibles.

El manual operatorio de la **histerectomía vaginal** practicada para la curación de las supuraciones peri-uterinas (por cuya razón propongo sea llamada **evacuatriz**) ha sido primeramente descrito por Péan. El útero, que siempre se halla más ó menos sujeto por adherencias, únicamente puede extirparse por **fragmentación** sucesiva. No he de ocuparme en este lugar, como lo hice en la histerectomía aplicada al cáncer, de comparar las ventajas de las ligaduras y las de la **forcipresión**: sólo debo decir que únicamente esta última es posible en las circunstancias que aquí concurren.

Antes de emprender la descripción de la técnica, quiero señalar la importancia capital que de derecho han adquirido los largos separadores acodados y contra-acodados (fig. 22), adoptados por Péan, para mantener abierto el campo operatorio y para asegurar la hemostasis provisional mediante compresión. También es preciso disponer de cierto número de pinzas dentadas muy fuertes (fig. 23), que son indispensables para practicar la extirpación fragmentaria del útero. Finalmente hay que estar surtido de pinzas de bocados cortos y paralelos (fig. 47, t. I) para la forcipresión de los ligamentos anchos. En estas operaciones, atendida la profundidad en que se debe operar á causa de la inmovilidad del útero, no cabe pensar en ligaduras, como antes ya he dicho.

Histerectomía vaginal evacuatriz

Manual operatorio de la histerectomía vaginal evacuatriz (1). —Colocada la enferma en decúbito lateral izquierdo ó en la situación dorso-sacra, con separadores acodados se mantiene abierta la vulva y se coge sólidamente el cuello con una pinza de abajamiento. Después de estos preparativos se incinde la mucosa vaginal alrededor del cuello, que por medio del desprendimiento se deja libre á la mayor altura posible; en seguida se pasa al fraccionamiento. Para llevar éste á cabo hay que proceder por etapas sucesivas, cada una de las cuales comprende cuatro maniobras principales: 1.° la libera-

(1) He tomado una parte de la descripción que sigue, casi al pie de la letra, de P. Segond. *De l'Hystérectomie vaginale dans le traitement des Suppurations pelviennes.* Paris, 1891, p. 24 á 26.

ción de las caras anterior y posterior del útero; 2.° la sección de los ligamentos anchos; 3.° la división bi-valvar de la porción que se ha libertado del útero por medio de las dos maniobras precedentes; 4.° la escisión de las dos valvas así obtenidas.

La liberación de las caras anterior y posterior del útero debe llevarse á cabo mediante desprendimiento yuxta-uterino; para este

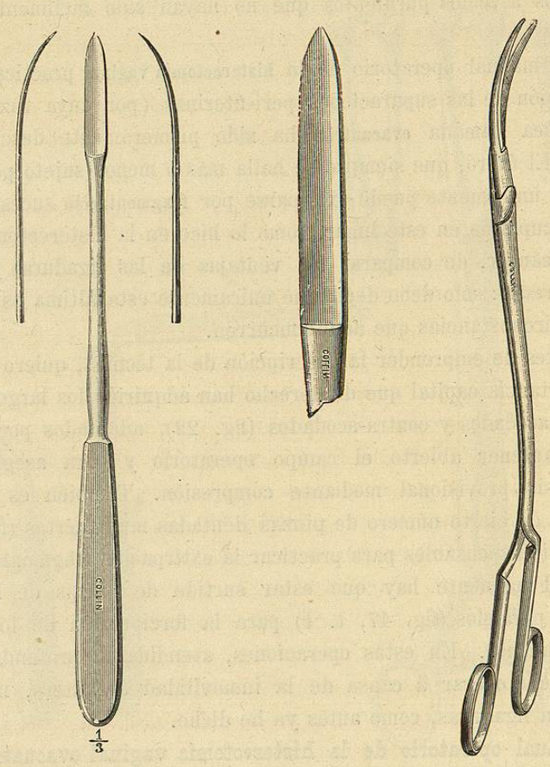

Fig. 24.— Bisturís largos, recto y curvo (Collin)

Fig. 25.—Tijeras largas curvas (Collin)

objeto hay que servirse de la extremidad roma de un largo separador de Péan, haciéndolo maniobrar á modo de legra. Se procederá con mucha prudencia al verificar este desprendimiento, cuidando siempre de mantener el instrumento estrictamente pegado al tejido uterino, para evitar la herida de la vejiga y del recto, y, según lo requiera el caso, se abrirá, ora el fondo de saco peritoneal, ora una colección purulenta. Algunas veces se podrá efectuar el desprendimiento hasta lo último, sin tener que abrir el peritoneo ni

la menor colección. El útero resulta entonces como enucleado de las falsas membranas que lo rodeaban. Como todas estas eventualidades pueden muy bien presentarse, es necesario tenerlas presentes.

La sección de los ligamentos anchos se practica observando los preceptos siguientes: los dos separadores que se han introducido contra las dos caras anterior y posterior del útero, ora por desprendimiento subperitoneal, ora por fractura de las colecciones purulentas yuxta-uterinas, ora también por penetración intra-peritoneal, deben continuar aplicados para proteger la vejiga y el recto. Con una pinza de bocado paralelo se coge la porción de los ligamentos anchos correspondiente al segmento uterino que los separadores mantienen accesible y visible, después de lo cual se procede á seccionar dichos ligamentos al nivel del útero.

Para las dos últimas etapas de la operación se observa el procedimiento siguiente: se divide en dos valvas el segmento del útero libertado por la sección parcial de los ligamentos anchos y se escinden estas valvas una después de otra, después de haber fijado con cuidado la base de cada una de ellas con pinzas de abajamiento.

Observando las prácticas que acabo de exponer se extirpa primero un segmento del útero, y, repitiendo luego iguales maniobras para la porción que queda del cuerpo uterino, se llega á practicar poco á poco la ablación total del órgano, sin pérdida notable de sangre y pudiendo á cada momento comprobar con la vista todo lo que se va operando. Sólo en casos excepcionales nos será imposible extirpar las partes más altas del órgano y nos veremos forzados á abandonarlas en el fondo de la herida, pero la presencia de este residuo, según afirman varios autores, no implica ningún inconveniente serio desde el punto de vista del resultado terapéutico de la intervención. En efecto, para que ésta resulte eficaz, basta que quede una ancha vía abierta por la cual pueda verificarse la supuración.

Cuando se ha terminado la operación, se limpia cuidadosamente el campo operatorio con esponjas asépticas, que por medio de pinzas se introducen en lo profundo de la herida. Con este motivo debo hacer notar, que la histerectomía vaginal es la única operación en la cual me sirvo todavía de esponjas perfectamente esterilizadas (1). La razón de esta práctica es que en este caso es muy difícil reemplazarlas debidamente por tapones de algodón hidrófilo, porque el

(1) Para la preparación de las esponjas asépticas, véase F. Terrier. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1886, p. 929 (preparación con el ácido clorhídrico, ácido sulfuroso y permanganato de potasa, etc.).

poder absorbente de éste es muy inferior; por otra parte, las compresas que he adoptado para la laparotomía serían muy engorrosas de manejar en esta operación.

Por último, para asegurar el desagüe se debe introducir un saco de gasa yodofórmica, repleto de tirillas, en la cavidad que queda abierta después de la extirpación del útero, colocándolo en medio de las pinzas de forcipresión que mantienen la hemostasia. Para impedir que estas últimas hieran las paredes vaginales, se intercalan también entre ellas y dichas paredes fajitas algo gruesas de gasa yodofórmica. Después se rodea con algodón hidrófilo todo el paquete de pinzas y se introduce en la vejiga una sonda de goma que debe permanecer estacionada tanto cuanto dure el taponamiento vaginal.

Deberán quitarse las pinzas al cabo de 48 horas y los tapones al tercer día; desde entonces se harán irrigaciones mañana y noche con una solución de sublimado al 1/2000, procurando que no interesen más que la entrada de la vagina y que sean de poca presión, y manteniendo durante su administración abierta la vagina por medio de dos dedos que opriman la horquilla. Si bien estas inyecciones detersivas son muy necesarias, á causa de la mortificación que sufren las porciones de tejido constreñidas por las pinzas, pueden en cambio resultar muy nocivas, si se impele bruscamente el líquido antiséptico en medio del foco operatorio.

Quénu ha propuesto la hendidura del útero en dos partes por medio de una sección ántero-posterior. Terrillon (1) desgarra los ligamentos anchos y consigue terminar la operación con una ó dos pinzas. Todas estas modificaciones (2), no merecen más que ser mencionadas.

Residuos de inflamaciones antiguas

Los **residuos** de antiguas inflamaciones peri-salpíngicas, falsas membranas, adherencias, etc., dan origen á fenómenos dolorosos complejos, debidos á la compresión que ejercen en el ovario y trompa, á las desviaciones que causan en el útero, á la aglutinación de asas intestinales, á la soldadura del epiploón al pubis, á la compresión de los uréteres, etc. En estos casos conviene especialmente el **amasamiento**, para favorecer la reabsorción de los productos

Amasamiento

(1) Quénu. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1891, p. 640.—O. Terrillon. *Ibid.*, p. 612.

(2) Voy á indicar un medio que juzgo muy á propósito para distinguir unas de otras las diversas pinzas, que hay que emplear en esta clase de operaciones, con objeto de no exponerse á tirar de una pinza de forcipresión, creyendo que se coge una de prehensión. Consiste este medio en emplear para la forcipresión pinzas simplemente niqueladas, para la prehensión pinzas con los dos anillos dorados, y para las esponjas pinzas con sólo un anillo dorado.

plásticos. Cuando el elemento predominante es el dolor y se manifiesta con carácter neurálgico, se podrá aplicar con provecho la **electricidad** farádica (1).

Electricidad

Según antes he indicado al ocuparme del tratamiento de las salpingitis, se ha propuesto practicar la laparotomía con el único objeto de **libertar** los órganos comprimidos ó procidentes, destruyendo sus **adherencias**, sin extirpar los anejos del útero. Si bien los buenos resultados que por este medio se han obtenido no sirven para probar la eficacia absoluta de estas operaciones incompletas, con harta frecuencia alegadas como excusa de errores de diagnóstico, cuando menos demuestran la gran parte que debe atribuirse á este elemento patológico en la interpretación de los síntomas morbosos (2).

Desprendimiento de las adherencias

Otro de los resultados remotos de las inflamaciones que se han formado alrededor de los anejos del útero, consiste en la **modificación de la resistencia de los ligamentos** anchos, redondos y útero-sacros. Sobre este punto sólo poseemos conocimientos muy exiguos, siendo más bien teóricas que demostradas las deducciones que se han sacado de estas lesiones comprobadas. No es menos cierto, sin embargo, que en muchísimos casos hay que atribuir las desviaciones uterinas á relajamientos ó retracciones ligamentosas, que son otros tantos restos de antiguos estados inflamatorios. En particular debo señalar la retracción del ligamento ancho que con tanta frecuencia se presenta en los casos de profundo desgarro del cuello del mismo lado, y que acarrea cierto grado de desviación lateral del útero, en virtud de una verdadera **parametritis crónica**. Pero también puede suceder que ésta última no sea más que una peri-linfangitis crónica, una esclerosis del tejido conjuntivo del ligamento ancho alrededor de los numerosos troncos linfáticos que trepan por su base y que, derivando del cuello, se dirigen á los ganglios ilíacos (fig. 2 y 3). También en estos casos el **amasamiento** podrá ser de verdadera utilidad.

Paramotritis crónica

Parametritis crónica atrófica

Á causa de una homonimia, que á mi entender establece cierta aproximación forzosa debo ocuparme en el capítulo de las parametritis de la lesión descrita por Freund (3) con el nombre de **parametritis crónica atrofiante ó atrófica**. Ocurre á veces que en las

(1) Brœse (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 42, p. 737) recomienda el uso de bobinas de hilos finos y muy largos. En 25 casos de ooforitis y peri-ooforitis dolorosas, dice que ha obtenido por este medio 21 curaciones duraderas y 2 mejorías.

(2) Polk. *Are the tubes and the ovaries to be sacrifled in all cases of Salpingitis? (Amer. gynec. Soc.*, 3 set. 1887, en *Amer. Journ. of Obstetr.*, oct. 1887, t. XX, p. 1045).

(3) Freund. *Monatschr. f. Geburtsh.* 1859, Bd. XXXIV, p. 380 y *Verhandl. der Rostocker Naturforscherversamml.*, 1871, p. 63.

mujeres jóvenes se presentan los órganos sexuales tan reducidos, que parece como si dichas mujeres hubiesen traspasado ya la menopausia desde mucho tiempo; los ligamentos anchos por su parte se hallan en estado de retracción y son duros al tacto. Esta lesión viene á representar en cierto modo una propagación de la atrofia del útero, que alcanzando más allá de este órgano se ha extendido á los órganos inmediatos. El **tratamiento** que para estos casos aconseja FREUND consiste en duchas calientes y en el **amasamiento** (1).

Amasamiento

(1) Creo este lugar á propósito para dar á continuación algunas indicaciones acerca la técnica del amasamiento de los órganos genitales internos, tomadas de una Memoria de VULLIET (*Le Massage en Gynécologie*, Paris, 1890, p. 10). El amasamiento externo de las paredes abdominales es únicamente una maniobra preparatoria, un amasamiento de ablandamiento. Más usado que éste es el amasamiento mixto ó abdomino-vaginal. Sea cual fuere la rigidez inicial de las paredes abdominales y vaginales, siempre existe cierto espacio en el cual ambas manos llegan á encontrarse: este punto se halla en la región sub-púbica, inmediatamente detrás de la sínfisis. La mano que opera por fuera debe colocarse con el carpo aplicado sobre el monte de Venus y los dedos dirigidos hacia el ombligo. El índice y el medio de la otra mano se introducen juntos en la vagina, si ésta es bastante espaciosa, ó uno después de otro, si es estrecha. Una vez se hallan ambos dedos dentro, se disponen de manera que el dorso mire contra el periné y la cara palmar contra la pared vésico-vaginal. De este modo la comisura anterior se halla fuera del radio de los movimientos que van á ejecutarse. Estos movimientos (fricciones, presiones, malaxaciones) deben ser siempre lentos y sostenidos. La mano aplicada contra el abdomen se encarga de repeler directamente los tejidos de arriba abajo, mientras que la introducida en la vagina los rechaza de abajo arriba. Regularmente se comete la falta de querer hundir demasiado la mano abdominal y de no levantar bastante los tejidos con la vaginal. Cada una de ellas debe recorrer una parte del camino que las separa. Inmediatamente detrás de la sínfisis, están las manos separadas una de otra únicamente por las paredes que ellas mismas repelen y por la vejiga, mientras que un poco más hacia atrás se interpone entre ellas el útero, cuando éste se halla en situación normal. La anteversión es la posición que más se presta al amasamiento del útero, es la posición, pues, que será preciso hacerle tomar.

En la metritis crónica y en todas las demás afecciones que no siendo neoplasmas han determinado la hipertrofia del útero, se procede como sigue: una vez acostado el órgano hacia adelante, lo sostienen é inmovilizan los dedos introducidos en la vagina, durante lo cual la mano externa ejecuta una serie de fricciones sobre su cara posterior; después se procura aprisionar el fondo del órgano entre los dedos y se le va comprimiendo de un modo concéntrico, lo mismo que en la maniobra obstétrica de la expresión.

Cuando existe una infiltración del tejido celular peri-cervical, con la mano externa se fija y abaja la matriz, verificando los dedos entre tanto pases lentos y suaves alrededor del cuello. Para amasar el borde del útero, después de encontrarse las dos manos al lado del órgano, lo repelen lateralmente; de este modo la región lateral se acerca más á la línea media y resulta más accesible Las bridas suelen hallarse en las partes anterolaterales, uniendo uno de los lados del útero con la serosa pélvica del mismo lado; para extenderlas se debe atraer el útero ó rechazarlo en sentido opuesto. Por medio de los movimientos que se imprimen al útero se llega fácilmente á determinar el punto de fijación de las bridas. El amasamiento debe consistir en malaxar las regiones en que radican las bridas para producir su reabsorción, y en movimientos impresos al útero para desprenderlo de estos lazos.

LIBRO III

NEOPLASMAS DE LOS ANEJOS Y DE LOS LIGAMENTOS DEL ÚTERO (OVARIOS, TROMPAS, LIGAMENTOS ANCHOS, LIGAMENTOS REDONDOS)

CAPITULO PRIMERO

Anatomía patológica de los quistes del ovario

División de los tumores del ovario.—Anatomía patológica de los quistes del ovario. División.—Quistes de gran desarrollo. Volumen. Superficie externa. Conformación interior. Capas. Superficie interna. Epitelio.—Quistes proligeros ó proliferos glandulares.—Quistes proligeros ó proliferos papilares. Histogenia. Contenido líquido.—Quistes dermoides. Tumores mixtos. Génesis.—Quistes parováricos, hialinos y papilares.—Quistes de moderado desarrollo. Pequeños quistes residuales. Quistes foliculares. Enfermedad quística del ovario. Alteración esclero-quística del ovario. Quistes del cuerpo amarillo.—Quistes tubo-ováricos.—Anatomía patológica del pedículo. Quistes incluídos en el ligamento ancho. Quistes retro-peritoneales.—Adherencias. Ascitis. Apoplejía. Supuración. Torsión del pedículo. Generalización peritoneal. Metástasis. a. Metástasis por infección espontánea. b. Por infección operatoria.

División de los tumores del ovario

Desde el punto de vista histogénico, se han dividido los **tumores del ovario** en neoplasmas de origen conectivo y neoplasmas epiteliales. El primer grupo, **tumores dermoides**, comprende los fibromas, los sarcomas, los mixomas, todos ellos tumores muy raros, sobre todos los últimos. El segundo grupo, **tumores epiteliales**, encierra los cistomas, los carcinomas ó epiteliomas alveolares, y los adenomas ó epiteliomas mucoides.

Por razón de la clínica, la mejor división es la que establece la distinción de **tumores sólidos** y **tumores quísticos.** Como estos últimos son los que ocurren con mayor frecuencia, son los primeros que deben llamar la atención del clínico.

Anatomía patológica de los quistes del ovario

Anatomía patológica de los quistes del ovario.—Todas las partes del aparato tubo-ovárico pueden servir de punto de origen á las