

medad habia principiado cinco meses ántes y habia sobrevenido á consecuencia de una caída sobre el borde de una silla; las partes externas de la generacion fueron heridas, produciendo una hemorragia abundante. La enferma no quiso sufrir ninguna operacion; cuando volvió al hospital un año despues, no quise operarla, porque la ulceracion habia destruido los labios y habia ganado el muslo. Esta pobre mujer habia continuado tejiendo hasta el momento de su admision; habia sufrido mucho; se entregó al uso del opio para obtener algun alivio; se la sacó del hospital; por manera que yo no sé en qué época murió (1).

Me es imposible determinar rigurosamente la duracion de la enfermedad. Yo creo, sin embargo, que el tubérculo que precede á la ulceracion carcinomatosa puede persistir sin cambio apreciable durante un largo período, y aún durante muchos años. Desde el momento en que se establece la ulceracion, la enfermedad conduce en dos años á una terminacion fatal.

En el tratamiento del *cáncer epitelial* es menester preocuparse de la posibilidad de su ablacion. Si se abandona á sí mismo, se termina fatalmente por la muerte. Los medios locales que se ensayan en las úlceras de un carácter equívoco, no son entónces de ninguna eficacia. Mi experiencia no me permite decir en cuántos casos la enfermedad recidiva, ni cuánto tiempo dura el período de inmunidad despues de la extirpacion. Todo lo que yo sé es que esta operacion prolonga la vida y da á la enferma muchas esperanzas de una curacion durable. No entraré en los detalles de una operacion que no es de mi dominio; el único consejo que puedo dar es que se separen todas las partes enfermas, y que no dejen de hacerse, por temor de resultar una herida demasiado extensa, incisiones sobre los tejidos sanos.

(1) He visto en una mujer de treinta y cuatro años de edad una ulceracion maligna de los grandes y pequeños labios, que coincidía con un carcinoma epitelial de la piel por encima del púbis. La muerte tuvo lugar á los veinte meses. Existía una infiltracion cancerosa del cuerpo del útero, pero el cuello estaba sano, así como los demas órganos.

CAPITULO XVIII.

Rasgaduras del periné. — Carácter y extension de estas rasgaduras. — Anatomía del periné. — Variedades. — Tratamiento profiláctico. — Tratamiento curativo. — Perineorrafia.

» La mayoría de estas desgarraduras son poco extensas; no ocupan toda la latitud del periné, y, por consiguiente, no llegan hasta el ano, y al mismo tiempo son de poca profundidad; es decir, no penetran muy adentro de la mucosa de la fosa navicular. Estas desgarraduras, poco anchas y poco profundas, se curan por sí solas sin ningun socorro del arte; no producen ninguna dilatacion de la rotura vulvar, ó, por lo ménos, es una dilatacion insignificante. Una desgarradura superficial, como está representada en la figura 89 *a, b*, puede prolongarse aún hasta el ano, sin que haya que temer por esto una separacion considerable y una cicatrizacion poco satisfactoria. Pero cuando una rotura del periné es poco profunda, ó bien cuando es á la vez ancha y profunda, como se ve en la figura 89, *c, d* y *a, b*, cuando está por consiguiente abierta, se puede esperar una retraccion cicatricial muy fuerte en la direccion de delante atras, y por consecuencia un ranversamiento de los grandes labios y del vestibulo, y por esto la dilatacion de la vulva y hasta la desaparicion completa del periné. Para comprender mejor este mecanismo, véase figura 89. La rotura abierta del periné está circunscrita por las líneas *a, c, d*; si hay una fuerte retraccion cicatricial de delante atras, la línea *a, c*, que representa la mucosa, se aproxima á *d, c*; es decir, á la línea cutánea, y la hendidura vulvar se encuentra muy ensanchada. Si la rotura penetra hasta el recto, se debe temer la tirantez hácia adelante de la mucosa intestinal y una anomalia que marca el paso de la hendidura en cloaca. Si la lesion producida por la

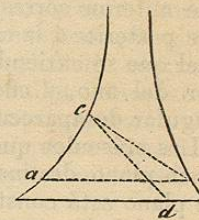


Fig. 89.—Rotura del periné.

desgarradura del periné se complica con una inflamacion puerperal ó de una ulceracion, y algunas veces aún de un foco gangrenoso, la retraccion cicatricial será tanto más fuerte, cuanto que la pérdida de sustancia haya sido más grande, observándose una desaparicion completa del periné, con formacion de una hendidura cicatricial, y á menudo con una tirantez muy considerable de la mucosa de la vagina hácia atras y abajo.

» Cuanto más gruesas son las paredes del periné, ménos inconvenientes ofrece su desgarradura; pero si el periné es muy delgado, la reunion labiforme entre la mucosa del vestíbulo y la herida cutánea de la region anal, puede producirse con tanta más facilidad, y por esto mismo tambien la dilatacion de la hendidura vulvar (fig. 90).

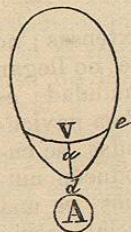


Fig. 90.

» En algunos casos raros de periné muy delgado y extensible, se han observado desgarraduras centrales de esta region con la salida de la cabeza del feto por dicho periné (fig. 90 A); por consecuencia, se ha desarrollado tambien, en algunos casos de este género, una fístula labiforme del periné, debida á los bordes de la herida perineal por la mucosa del vestíbulo.

» La dilatacion de la hendidura vulvar, á consecuencia de una desgarradura del periné, puede producir una parálisis completa del constrictor de la vagina; algunas veces tiene tambien el resultado grave, que la pared posterior ó aún la parte anterior de la vagina se relaja y produce la caida de este órgano.

Anatomía. — » Para comprender mejor el mecanismo de las desgarraduras del periné diremos que la vagina y el recto divergen dejando entre sí un espacio triangular irregular, cuyo borde anterior corresponde á la cara posterior de la vagina, el borde posterior á la cara anterior del recto, y el borde inferior á la piel que se extiende de la parte posterior de la vulva á la anterior del ano, y cuando se desgarrá el periné, este espacio triangular desaparece.

» Los músculos que entran en la composicion del periné, forman un plano destinado á cerrar la pélvis en su parte inferior. Este plano está constituido entre el ano y la vagina por los elevadores del ano, cuyas fibras se entrecruzan sobre la línea media, con las fibras posteriores de los músculos trasversos del periné, las del esfínter del ano y el constrictor de la vagina.

» Estos dos músculos se envían recíprocamente numerosas fibras que se entrecruzan por delante del ano. Cuando se rompe el periné hasta el borde anterior del ano, como estas fibras han perdido su insercion anterior, se retraen y se separan unas de otras. Esto nos da cuenta de la incontinencia de las materias fe-

cales, que se sucede bastante á menudo á consecuencia de las operaciones de perineorrafia, cuando la rotura es extensa y siempre que el proceder operatorio empleado no ha rehecho el esfínter; de aquí el consejo de Gaillard-Thomas y el Dr. Jude Huë, que consiste en buscar el músculo roto, y por medio de un punto de sutura introducido muy bajo, conducir hácia arriba las fibras del esfínter y operar la reunion del mismo músculo (1).»

Varietades. — « Las roturas del periné son completas ó incompletas.

» Las roturas incompletas presentan dos grados: 1.º, la rotura de la horquilla; 2.º, la de la horquilla y el periné hasta la inmediacion del esfínter del ano.

» Las roturas completas comprenden: 1.º, la desgarradura del periné, en la cual está interesado el esfínter; 2.º, la desgarradura de todo el periné, comprendiendo en ella la del tabique recto-vaginal hasta una altura variable; de manera que teniendo en cuenta lo que acabamos de exponer, se pueden reducir á tres grados diferentes:

» 1.º La rotura puede comenzar en el borde anterior y llegar hasta el esfínter: es la más frecuente.

» 2.º La desgarradura puede interesar todo el periné y el esfínter, confundiendo las cavidades del recto y de la vagina.

» 3.º La porcion media del periné puede romperse, y el borde anterior, así como el esfínter, quedar intacto.

» Las desgarraduras ó hendiduras vulvares que no interesan más que la horquilla, y que todo lo más se extienden á un centímetro ó centímetro y medio, son casi constantes en el primer parto, y en realidad no nos debemos preocupar de este accidente. Los primeros dias, estas hendiduras parecen mucho más considerables á causa del infarto de las partes; pero los siguientes, los tejidos reaccionan sobre sí mismos, desaparece el infarto, y la herida se hace muy pequeña. Por lo demas, estas desgarraduras no quitan á la vulva ninguna de sus propiedades contractiles.

» En el segundo grado, los músculos se hallan interesados. De aquí resulta que, contrayéndose aisladamente, separan los labios de la solucion de continuidad, é impiden que se cicatrice. La salida de los loquios y de la orina contribuyen tambien á impedir esta cicatrizacion.

» Esta lesion, más seria que la del primer grado, no se puede curar espontáneamente. Por el contrario, con el tiempo, los accidentes no hacen más que agravarse; la vulva, que ha perdido su contractilidad, toma proporciones cada vez más considerables, y en su consecuencia los partos, por demasiado fáciles, exponen á la mujer á los accidentes del prolapso uterino.

(1) *Annales de Gynecologie*, tomo vi, pág. 12.

» En el tercer grado, el recto y algunas fibras del esfínter son las que quedan intactas, y los accidentes son todavía más graves que en los casos anteriores, puesto que llegan en algunos casos á confundirse la vulva y el ano, formando una verdadera cloaca.

» Los labios de la solucion de continuidad, tirados hácia afuera por la contraccion de los músculos, y bañados sin cesar por el flujo loquial, por las orinas y por los excrementos, se cicatrizan sin reunirse y toman el carácter de una membrana mucosa. Cuando se separan dichos labios, se percibe en el fondo los orificios vaginal y rectal separados por el espolon constituido por las porciones del tabique recto-vaginal. Bien pronto los labios se tumefactan y se inflaman, presentan callosidades y escaras; despues, al cabo de algunos dias, la inflamacion se modera, se forman botones carnosos, y se verifica la cicatrizacion aisladamente para cada labio.

» Esta terrible afeccion coloca á la mujer en un estado el más desgraciado; saliendo continuamente los gases intestinales y las materias fecales, se ve obligada á vivir separada del mundo, abandonando todas sus costumbres.

» *Tratamiento.* — Puede dividirse en profiláctico y curativo. El tratamiento profiláctico consiste en prevenir todas las causas de desgarradura del periné, bien sea colocando las mujeres en una posicion conveniente, dando á las partes blandas el grado de elasticidad y de resistencia que deben tener, ó, en fin, ensanchando las dimensiones de la vulva cuando parece inminente una rotura de esta clase. La mujer debe estar acostada sobre el dorso, con los muslos ligeramente doblados, las rodillas separadas, descansando sobre una almohada resistente para impedir que se introduzca en el espesor de la cama. En el caso de rigidez del periné, se han propuesto diversos medios, tales como los fomentos calientes, el tártaro estibiado y aún la sangría. Pero desde el descubrimiento del cloroformo, todos estos medios han sido desechados, y con razon, aunque los anestésicos nada valen para combatir las contracciones musculares y dar al periné toda la elasticidad que se desea.

» Si los dolores se suceden con demasiada rapidez, aún cuando no estén en relacion con el grado de dilatacion del periné, será preciso tratar de calmar la excesiva irritabilidad del útero, administrando los opiados, bien sea interiormente ó bien en lavativas. En los casos en que, á pesar de todas estas precauciones, pareciere inevitable una rotura, Pablo Dubois (en Francia) y Blundell (en Inglaterra) han aconsejado practicar sobre los lados de la vulva una especie de desbridamiento, bien sea en un solo lado, ó en los dos á la vez. Estas incisiones, despues del parto, quedan reducidas á la nada y se curan con facilidad por sí mismas.

» El tratamiento curativo tiene por objeto remediar los efectos de una desgarradura del periné por medio de una operacion llamada *perineorrafia*.

» ¿Pero en qué momento debe practicarse esta operacion? Con respecto á este punto no están de acuerdo los autores. Roux y Velpeau quieren que sea despues de pasado el período puerperal, que se haya cicatrizado la desgarradura, porque el puerperio, dicen, expone más á las inflamaciones, á la reabsorcion purulenta y á la gangrena de los tejidos contundidos por el hecho del parto, incomodando mucho el flujo loquial la reunion de las partes; otros aconsejan practicar dicha operacion inmediatamente de verificada la desgarradura, Baker Brown, Simon, Scanzoni, Demarquay, porque entónces se puede considerar como una cura sencilla, á la cual se somete la mujer con facilidad, y el dolor que resulta es poco considerable por efecto de la astriccion de los tejidos.

» No obstante, Nelaton, Verneuil y Maisonneuve creen que no se debe operar tan pronto, sino aguardar algunos dias, con el fin de que las partes hayan tenido tiempo de detergerse y cubrirse de botones carnosos. La sutura practicada entónces permite obtener la reunion de las partes sin que haya necesidad de refrescar los bordes, y si no diese resultado, ejecutar más tarde la operacion. En este concepto, se pueden admitir dos clases de procedimiento: el que se emplea inmediatamente despues del parto, desgarraduras *incompletas*, y el otro, cuando se hace algun tiempo despues, desgarraduras *completas*.

» Cuando la desgarradura comprende la horquilla, pero que no interesa el esfínter del ano, basta aplicar tres ó cuatro *tenacitas*, *serres-fines* del Dr. Crequis. A menudo con éstas se obtiene la reunion. Para aplicarlas se acuesta la mujer en decúbito lateral, el miembro de la parte inferior extendido, doblando ligeramente el de la parte superior; con los dedos de una mano se aproximan los labios de la solucion de continuidad, y con la otra mano se aplican las tenacitas, teniendo cuidado de que sus puntas penetren bastante profundamente á fin de abrazar un espesor de tejidos un poco considerable. Además, es preciso afrontar bien las extremidades de la desgarradura, para que estén en contacto una enfrente de otra. Primero se coloca la tenacita anterior, y se continúa por las que deben prenderse más hácia atras.

» El dolor determinado por la aplicacion de estas tenacitas es de muy corta duracion, contienen perfectamente afrontados los tejidos, y á menudo la reunion se verifica al cabo de dos ó tres dias, en cuya época se pueden quitar, aunque no conviene separarlas todas en el mismo dia. De ordinario se comienza por la tenacita más próxima al ano, dejando la anterior hasta el cuarto ó quinto dia, segun el estado de tumefaccion de los tejidos.

» Cuando la desgarradura es completa no bastan las tenacitas para conseguir la reunion de las superficies desgarradas, y entónces es preciso recurrir á las suturas, que comprendan una cantidad de tejido de un espesor algo considerable, dando la preferencia á la sutura enclavijada, para lo cual se han empleado un gran número de procederes, que nosotros vamos á describir brevemente, aunque ántes digamos algo de la preparacion de la enferma, ayudantes, etc.

» *Operacion perineorrafia. Preparacion de la enferma y de los ayudantes.* — Antes de decidir la operacion, es necesario asegurarse de que la enferma goza de perfecta salud; de lavar bien la vagina mañana y noche con inyecciones detersivas, destinadas á hacer desaparecer todo rastro inflamatorio. Durante algunas semanas se administrará algun purgante ligero, con el fin de desembarazar el vientre, y la mañana ántes de operarla se la pondrá un enema para vaciar el recto.

» Los *instrumentos* necesarios son: dos pares de tijeras curvas, un bisturí estrecho, una pinza de diente de raton, un tenáculo, una pinza de ligar, cordonetes, agujas curvas y redondas de 3 á 4 centímetros de longitud, esponjas y sondas de goma elástica para la sutura enclavijada. Además, se necesitan tres ó cuatro ayudantes inteligentes.

» *Primer tiempo. Avivamiento de las superficies.* — Colocada como hemos dicho la enferma, uno de los ayudantes ejerce sobre los labios cierto grado de traccion sobre ellos, con el objeto de tener tensos los tejidos, y despues de levantar la pared vaginal anterior con el especulum de Sims aplicado contra el púbis, el cirujano coge la mucosa en el punto donde el borde superior del ano se continúa con la piel, con las pinzas de raton, y separa una tira de tejido subiendo hácia la vagina, en una extension de 4 centímetros. De esta manera la porcion separada corresponde á la base del periné, y marca el punto donde se unen dos superficies triangulares, cuyo avivamiento se hace ahora de derecha á izquierda. En seguida se coge la membrana mucosa sobre uno de los labios un poco por debajo del nivel del meato urinario, y se practican dos incisiones, una que va á unirse á la extremidad superior y la otra á la inferior del surco medio; luego se aviva la parte central del triángulo; haciendo lo mismo en el lado opuesto.

» Se limpian bien las superficies y ve si queda algun punto sin avivar, y si hay hemorragia se tuerce ó se liga la arteria donde procede.

» *Segundo tiempo.* — Contenida la hemorragia, se coge una aguja curva armada de su doble hilo, se penetra con ella la piel al nivel de la parte inferior de la herida, un poco por encima del borde anterior del ano, se la insinúa en el espesor de

los tejidos por delante del recto y por detras de la superficie avivada, haciendo que salga por el lado opuesto en un punto correspondiente al de entrada. Si hay alguna dificultad para pasar directamente la aguja, se la podrá sacar en medio de un lado, y luego se la hace entrar otra vez en los tejidos por el mismo agujero, de modo que comprenda bien todo el espesor.

» Se toma otra segunda aguja, y guiada por el dedo introducido en el recto se la hace pasar en el espesor del tabique rectovaginal, un poco más hácia arriba, teniendo cuidado de que salga en el punto correspondiente al de su entrada. La tercera aguja atraviesa los tejidos de modo que salga al nivel de la parte interna del punto más elevado de la superficie cruenta, volviéndola á sacar sobre la piel que corresponde al nivel del de su entrada: así atraviesa el hilo libremente el orificio vaginal. Cuando se cree útil se pueden practicar mayor número de suturas.

» Si el operador considera oportuno emplear la sutura metálica ensortijada, coloca los hilos á 8 ó 12 milímetros de los bordes de la superficie refrescada y á una distancia de 9 milímetros una de otra. Si se recurre á la sutura enclavijada, se deben colocar los hilos á centímetro y medio de los bordes de la superficie cruenta, de modo que tres ó cuatro suturas bastan. M. Gaillard Thomas reemplaza los primeros hilos por otros más fuertes de plata, de seda ó de cáñamo.

» Cuando se emplea la sutura enclavijada, se introducen por las asas unos trocitos de sonda de goma, y al anudar los cabos se hace sobre otro trocito en el lado opuesto; de esta manera se obtiene

la reunion sin tirar de los tejidos (fig. 91). No obstante, á menudo es necesario colocar tres ó cuatro suturas superficiales para aproximar exactamente las superficies cutáneas.

» Concluida la operacion, se coloca la enferma en su cama, con los muslos aproximados, administrándola una píldora de opio, para evitar la accion de los intestinos. Además, se tendrá cuidado de vaciar la vejiga cada seis horas por medio del cateterismo, y se practicarán inyecciones detersivas en la vagina para evitar las complicaciones.

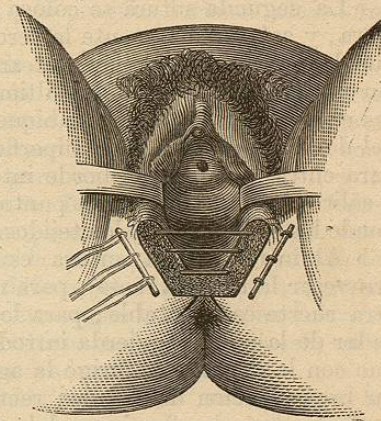


Fig. 91.

» Del tercero al cuarto día se quitarán las suturas profundas, dejando las superficiales hasta el octavo, en que se administrará un purgante para desembarazar el intestino.

» *Operacion de la rotura completa. Proceder de Emmet y de Gaillard Thomas.*— Colocada la mujer en decúbito dorsal, se aplica el especulum de Sims, cuya convexidad corresponde al púbis, procediendo en seguida al refrescamiento de las partes, como acabamos de describir, pero teniendo cuidado de prolongar dicho refrescamiento hácia arriba, á lo largo de los bordes del tabique recto-vaginal, hácia abajo, en cada lado del ano, hasta el nivel del borde superior de este orificio, con el fin de corresponder á las extremidades del esfínter dividido. El refrescamiento debe detenerse hácia dentro en el punto en donde la mucosa rectal se confunde con la piel.

» Para practicar la sutura, se introduce una aguja muy abajo al nivel del borde inferior del ano; despues se la dirige de manera que coja el tabique recto-vaginal en el espesor de dicho tabique, de modo que salga por el lado opuesto, al nivel de un punto que corresponda al de su entrada.

» La segunda sutura se coloca un poco por encima de la primera, y así sucesivamente la tercera, la cuarta, etc. A medida que las suturas se alejan del ano, siguen un trayecto ménos curvo, hasta quedar las dos últimas horizontales; porque en éstas el hilo no atraviesa el tabique recto-vaginal, saliendo al nivel del borde interno de la superficie izquierda de refrescamiento, para entrar al nivel del borde interno de la superficie derecha, y salir sobre la piel en un punto que corresponde á aquel por donde ha penetrado en los tejidos.

» Al introducir la sutura es preciso tener cuidado de no atravesar la mucosa rectal, para no producir el tenesmo, que de otra suerte es inevitable; para lo cual se sostiene el dedo indicador de la mano izquierda introducido en el intestino, mientras que con la derecha se dirige la aguja. Este método permite evitar la produccion de fistulas recto-vaginales, y de restablecer perfectamente las funciones del esfínter del ano.

» Cuando se han colocado todas las suturas, se anudan los hilos, comenzando por el más inferior, reuniendo despues dichos hilos en una compresa.

» *Proceder de Demarquay.*— M. Demarquay se dirige sobre todo á poner las superficies reunidas al abrigo de las materias líquidas que pudieran infiltrarse entre ellas y producir su desprendimiento. Así que, en las rasgaduras perineales que interesan el esfínter del ano y la parte inferior del tabique recto-vaginal, refresca las superficies cicatriciales y quita en cada lado del tabique un colgajo triangular de base inferior que mira á la nalga y de vértice truncado que se dirige hácia el tabique. En

seguida disecciona minuciosamente el tabique recto-vaginal en la altura de un centímetro, y le desdobra. Luego reúne los bordes de la herida de la vagina con una sutura entrecortada, que practica con hilos encerados, y hace lo mismo para la herida del recto; despues aproxima los bordes del intervalo que ha quedado entre la vagina y el recto, mediante dos planos superpuestos de sutura entrecortada; el plano profundo hecho con hilos metálicos y el superficial con hilos ordinarios, y termina la operacion practicando las incisiones semilunares liberatrices de Dieffenbach. El desdoblamiento del tabique tiene por objeto permitir la confrontacion no de bordes, sino de superficies, lo cual es una circunstancia muy buena para la reunion.

» *Proceder de Verneuil.*— M. Verneuil refresca oblicuamente el tabique recto-vaginal, de modo que no toca á la mucosa del intestino y rebaja la de la vagina en la longitud de un centímetro; reúne los bordes del tabique con una sutura entrecortada hecha por la vagina, teniendo cuidado de que no penetren los hilos en la cavidad del recto. En seguida reúne el periné, empleando la sutura enclavijada y abrazando una extension de tejidos tanto más considerable cuanto más anterior es el punto de sutura. Emplea hilos metálicos, y ni practica incision relajadora ni desbridamiento del esfínter.

» En fin, Deroubaix ha hecho de esta operacion una aplicacion ingeniosa, y ademas más completa de los procederes americanos empleados para la fistula vésico-vaginal, refrescando á expensas de la vagina, respetando la mucosa rectal y empleando la sutura entrecortada para los puntos vaginales, y la sutura enclavijada para los puntos del periné; estos dos órdenes de sutura se entrecruzan y se prestan un mutuo apoyo, proceder muy propio para asegurar la union completa de toda la herida y evitar el accidente de defecto de adhesion en un punto y la persistencia de una fistula recto-vaginal, para lo cual se emplean hilos finos metálicos é incisiones extensas. Por este método se han obtenido muchos resultados felices.

» Baker Brown practica la doble incision del esfínter, pero lo hace á fondo descubierto. Da á estas incisiones una y hasta dos pulgadas de longitud; luego emplea la sutura enclavijada para reunir las partes profundas, y para la piel recurre á la sutura entrecortada.

» En estos últimos tiempos, Langenbeck ha inventado un método cuyo proceder es largo y bastante difícil de poner en práctica, que ha llamado *perineo-sintésis*.

» M. Laugier deja tambien á un lado toda incision lateral; practica la operacion en dos tiempos para el caso de desgarradura completa del periné y del tabique. Empieza por refrescar el tabique y reunirlo por tres puntos de sutura entrecortada que

separa al noveno día. Un mes después procede á la reunion del periné por cinco puntos de la misma sutura, obteniendo por este medio una curacion completa.

» *Cuidados consecutivos.* — Numerosos accidentes pueden sobrevenir después de la perineorrafia, sin hacer mencion de aquellos que pueden complicar toda especie de herida, como la erisipela, etc. Algunas veces son los hilos demasiado apretados los que cortan los tejidos é impiden la coaptacion de la herida, y, por consiguiente, el que se consiga curarla. En otros casos, se desarrolla una inflamacion violenta que, hinchando considerablemente las partes blandas, producen la constriccion de los hilos, con lo que se da lugar á la formacion de anchas escaras, que se oponen al éxito de la operacion.

» Uno de los accidentes más frecuentes es, como hemos dicho, la persistencia de una pequeña fístula recto-vaginal. La cauterizacion en algunos casos ha llegado a curarlas, pero en otros se resisten á todos los medios empleados. Con más frecuencia se forma por la infiltracion en la herida, entre las superficies coaptadas, bien de líquidos vaginales, ó de materias fecales que destruyen las adherencias y producen en un punto más ó ménos extenso una solucion de continuidad.

» Después de la operacion, la enferma debe permanecer con las rodillas unidas y abstenerse de orinar y de defecar, necesidades que se evitarán por medio del cateterismo repetido de la vejiga, la dieta y el opio asociado á la belladona. El apósito se renovará y limpiará con frecuencia; se practicarán inyecciones emolientes en la vagina, cuidando de no introducir ningun lechino en este conducto ni en el recto. Pasados siete ú ocho días, tal vez sea tiempo de cortar los hilos, pero conviene administrar ántes un purgante oleoso ó salino. Por lo demas se estará al cuidado para combatir la intensidad de la reaccion con las sangrías, si fuesen necesarias, siendo de advertir que en algunos casos ha sobrevenido después de la operacion una grave peritonítis.»

CAPITULO XIX.

ENFERMEDADES DE LAS MAMAS.

« La grande importancia concedida en estos últimos tiempos á las enfermedades de las mamas, es la que nos obliga á completar nuestra obra con su estudio, siquiera sea de escasa importancia. En efecto, la frecuencia de sus tumores, la semejanza aparente de algunos de ellos entre sí, mientras que su naturaleza y gravedad son enteramente distintas, ha llamado la atencion de los prácticos y ha hecho que se dediquen con ahinco, á fin de esclarecer su diagnóstico y evitar los errores trascendentales á menudo cometidos al considerar su naturaleza. La anatomía patológica ha extendido su dominio de poco tiempo á esta parte, demostrando con el escalpelo las diferencias y analogías que han servido de base á nuevas clasificaciones, cuyos felices resultados no han de dejar de sentirse mucho. En efecto, los recientes trabajos publicados en estos últimos años por MM. Velpeau, Broca, Virchow, Labbé, Coyne y Malassez han venido á confirmar lo que ya habian dicho Sir Hunter, A. Cooper, etc., y aunque las distinciones descubiertas ó creadas por el escalpelo, no siempre puedan traducirse con facilidad al exterior, al tejido vivo, no obstante, el diagnóstico diferencial, y áun el pronóstico, sacarán un inmenso partido de estas investigaciones empleando un tratamiento racional basado en nuevos conocimientos.

» Apoyados en estas razones, dividiremos su estudio: 1.º en lesiones traumáticas de la mama; 2.º, en afecciones dependientes de la inflamacion; 3.º, en las que se consideran de una naturaleza benigna (neoplasma), y 4.º, terminaremos por el carcinoma, cuya importancia nadie puede desconocer.