

paso á una gran cantidad de pus fétido, verdoso y bien ligado. Semejante evacuación puede realizarse por la vejiga ó el intestino.

Flegmón difuso de la pelvis.—Los fenómenos de septicemia aguda, cubren aquí todo el cuadro de los signos locales.

Los calofríos son intensos, el termómetro marca temperaturas de 40° y 41°, el delirio es casi constante, la piel seca, la orina concentrada y escasa, los sudores fétidos y raros. El estado general es tifoideo grave.

La muerte sobreviene rápidamente en medio de estos signos de intoxicación sobreaguda. El diagnóstico podría ofrecer ciertas dificultades si se desconocen los datos anamnéticos.

El pronóstico varía con la naturaleza de la infección.

El edema inflamatorio seroso, no pone en peligro la vida: es una lesión relativamente benigna, cuyo pronóstico depende de la afección causal.

El flegmón circunscrito es grave, y puede causar la muerte durante la violencia de su invasión, sea por septicemia ó por embolias sépticas desprendidas de las venas pélvicas.

El absceso de la pelvis, es aún más grave: puede producir la muerte por peritonitis, por septicemia aguda ó por intoxicación crónica.

El flegmón difuso de la pelvis, es rápidamente mortal. La infección es sobreaguda, y el organismo, sin defensa, no resiste mucho la virulencia de tan tremenda intoxicación.

TRATAMIENTO.

El edema inflamatorio seroso reclama una intervención suave y delicada. El reposo en el lecho, las irrigaciones vaginales calientes y débilmente antisépticas, los purgantes ligeros y la desinfección rigurosa del endometrio, son, por lo común, suficientes para facilitar su reabsorción.

Si el edema supura, si el flegmón se desarrolla, hay que calmar las manifestaciones intensas de la inflamación con irrigaciones vaginales emolientes, con cataplasmas calientes en el abdomen; con pequeñas lavativas laudanizadas, etc., etc.

Una vez constituido el absceso, hay que preocuparse por dar salida al pus.

Los abscesos pélvicos pueden alcanzarse, haciendo la incisión por la vagina ó por el abdomen.

Multitud de procedimientos existen para evacuar y canalizar estos abscesos, siendo todos muy conocidos. No deseo entrar en la discusión de ellos, porque mi opinión es fácil de conciliar con todos.

Los abscesos pélvicos deben abrirse siempre por el camino más corto. La incisión será precoz, á fin de evitar la formación de fístulas orgánicas.

Sucede algunas veces que el pus no forma una cavidad única y amplia, sino que se infiltra en los espacios del tejido celular. El útero parece entonces aprisionado por una especie de esponja empapada en pus.

La simple incisión del tejido celular peri-metrítico ó para-metrítico, no basta para dar salida á la supuración, que necesita de una brecha amplia. El sacrificio del útero se impone.

La histerectomía es el único recurso que puede salvar á la enferma, y su aceptación en estas circunstancias está decidida ya por todos los ginecólogos.

En cuanto al flegmón pélvico difuso, su marcha formidable, su evolución rapidísima, quita al Cirujano tiempo de obrar. La histerectomía y la seroterapia, combinadas, son los recursos supremos para resistir tan desastroso adversario.

V

PROLAPSUS GENITAL.

La Sra. Soledad Silva es una mujer como de 58 á 60 años, robusta, bien constituida, que sufre desde hace más de diez años de un enorme prolapsus genital.

Actualmente viuda, ha tenido once partos, la mayor parte de ellos distócicos, y de los que no pocos han reclamado intervenciones serias.

En su hernia están comprendidos: el recto, la vejiga, el útero, la vagina, y parcialmente los anexos.

La masa es casi irreductible. La mucosa vaginal keratinizada y gruesa, ofrece mucha resistencia á la introducción del útero en

la pelvis, y una vez lograda ésta, se reproduce casi con la violencia de un resorte, el prolapsus.

Durante la reducción del útero, la enferma acusa marcado malestar.

Las perturbaciones de la micción y de la defecación, son muy acentuadas.

La pared abdominal anterior está sumamente adelgazada, y á su través se observan fácilmente los movimientos peristálticos del intestino. Entre la multitud de pliegues y de arrugas que la surcan, se puede percibir una cicatriz lineal, exactamente sobre la línea media, que partiendo de la sínfisis púbica, recorre una extensión como de diez centímetros y termina un poco abajo del ombligo. Esta cicatriz corresponde á una histeropexia abdominal, que hice á esta señora durante la primera semana del mes de Junio de 1897.

La fijeza abdominal del útero, hecha por mi procedimiento de decorticación uterina parcial, combinada con la colpo-perineo plastía, había fracasado.

La vida laboriosa de la Señora Soledad Silva¹ se ha suspendido: es persona que vive de su trabajo, y los crueles sufrimientos que su prolapsus le causa, la obligan á una vida sedentaria, imposible para ella. El día 10 de Julio de 1898, cuando vino á mi consulta, sus primeras palabras fueron estas: *Doctor, córteme Ud. esto, por Dios.*

La hago admitir en mi sala PASALAGUA del Hospital "Morelos" y el día 27 de ese mismo mes de Julio, la opero de histerectomía abdominal total, por mi procedimiento, y de colpopexia ligamentosa. Me acompañaron mis amigos los Doctores NUMA TORREA y ANGEL RODRIGUEZ y mis practicantes los Sres. FELIPE ORTIZ y ANTONIO VALDES ROJAS.

Los resultados de la operación fueron excelentes y la Señora Soledad Silva salió completamente curada del Hospital, el día 15 del siguiente mes de Agosto.

Con esta observación son dos las que tengo de prolapsus genitales irreductibles, curados por la histerectomía abdominal total, combinada con la colpopexia ligamentosa; y ante ellas ocurreseme emprender el estudio de los recursos con que contamos para la curación de los prolapsus uterinos, que á priori han de parecer infieles desde que me he visto obligado á abandonarlos,

¹ Estoy autorizado por la Señora Silva para anotar y publicar todo su nombre.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

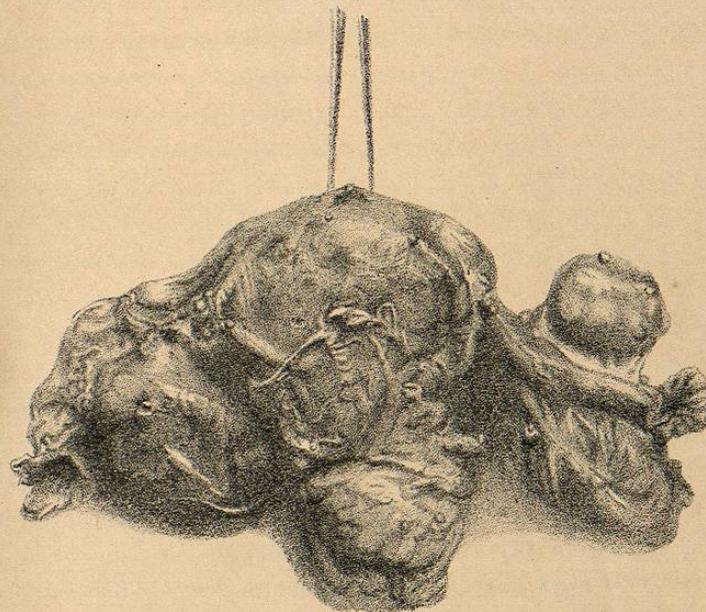


Fig. 36.—Lesiones del proceso que designo por Ooforo-metro-salpingitis purulenta.—Histerectomía abdominal total por mi procedimiento.
CURACION.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

recurriendo á una intervenci3n tan seria y tan formal como la histerectomía.

Llama la atenci3n el crecido n3mero de procedimientos preconizados para el prolapsus genital, y sin deducir de esta gran variedad que no haya ninguno fiel y seguro, podemos sospechar que sea el prolapsus el que reconozca diversas formas, y que haya muchos prolapsus y no un prolapsus.

Esta variedad de prolapsus trae imb3bita la existencia de la variedad en los tratamientos.

Pero antes de emprender la revisi3n de las operaciones dirigidas á curar los prolapsus genitales, voy á permitirme recordar que ni soy el primer Cirujano que recurre para estos casos á la histerectomía, ni tampoco los Ginec3logos modernos merecen la prioridad de un m3todo tan radical, tal vez demasiado radical.

El útero salido de la vulva, parece ofrecerse por sí mismo al filo del cuchillo de los Cirujanos, y los operadores de todas las épocas no han resistido á la tentaci3n de suprimir ese estorbo con uno ó dos golpes de tijeras ó con dos ó tres vueltas de un constrictor metálico ó elástico.

Los principios de la histerectomía están obscurecidos por las catástrofes frecuentes en los prolapsus uterinos y desde las épocas pre-hist3ricas de la Cirugía, hasta nuestra era Moderna, aunque modificando la técnica y mejorando las estadísticas, la Terapéutica de los prolapsus no ha podido borrar de sus indicaciones la ejecuci3n de la histerectomía.

En los tiempos modernos fué CHOPPIN el Cirujano que más auge dió á la histerectomía por prolapsus, ejecutando con todo conocimiento y deliberada intenci3n, la resecci3n del útero caído; y recomendando en 1867, *la histerectomía vaginal para combatir el prolapsus uterino simple*.

Los hechos se multiplicaron, las estadísticas comenzaron á formarse, y hoy se publican con alguna frecuencia observaciones de amputaciones del útero por prolapsus, más ó menos complicados. Dan fe de esto, los escritos de PATTERSON, de MAC COSH, de KRUG, de FRISTCH, de HUNTER, de TAYLOR, de BEVERLY, de EDEBOHLS, de KEHRER, de WINIWARTER, de KALTEMBACH, de SKUTSCH, de POZZI, de CODAVILLA, de Cœ, de CLARKE, de HÄHN, de BAUMGARTNER, de RIEDEL, de MARTIN, de MÜLLER, de ASCH, de QUÉNU, de HARTMAN, de DU BOUCHET, de ZOLOTNITZKY, de PRIEUR, de BELLICAUD, de LECOMPTE, de LANIQUE, de KIEL y de otros varios.

Todos estos documentos formales forman nuevas estadísticas

y abren sobre bases experimentales, sólidas, las modernas discusiones sobre la histerectomía en los prolapsus del útero, fijando sus límites y asentando sus indicaciones.

La vagina es un conducto músculo-membranoso extendido entre la vulva y el útero. Da paso á la sangre menstrual, á los líquidos secretados por el útero, al feto durante el parto, y es el órgano de la copulación en la mujer.

La vagina tiene una dirección sensiblemente paralela al eje del estrecho superior; es decir que es oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante.

El *eje de la vagina* no es rectilíneo, sino que describe una doble curvatura, asemejándose á la letra *S* itálica. Como esta forma es idéntica en sus dos paredes, pueden estas fácilmente aplicarse una con otra, con toda exactitud.

La curvatura superior corresponde al fondo de la vejiga, la inferior al trayecto de la uretra, y el punto central al cuello de la vejiga, en la cara anterior de la vagina. En la posterior corresponden el fondo de DOUGLAS y el ámpula rectal, respectivamente.

Esta forma especial del eje de la vagina se ve admirablemente en los cortes anatómicos de PIROGOFF y de SCHULTZE.

El eje vaginal forma con el eje del útero un ángulo agudo, cuyo vértice ve hacia la concavidad del sacro y cuya abertura corresponde á la sínfisis del pubis.

La *longitud* media de la vagina, desde el orificio vulvar hasta el cuello uterino, es de seis y medio centímetros. (E. RAIMOND.) Si se suman los fondos vaginales, se obtienen siete y medio para la pared anterior y ocho y medio para la posterior.

La *pared anterior* está en relación con la vejiga, de la cual la separa un plano de tejido celular denso, constituyendo el *tabique véstico-vaginal*. En la mitad inferior de la vagina y sobre la misma cara anterior existe el *tabique uretro-vaginal*, zona de íntima unión entre la vagina y la uretra.

La *pared posterior* está en relación, de arriba hacia abajo, con el peritoneo, en una extensión de uno ó dos centímetros—este peritoneo está separado de la vagina por una capa de tejido celular muy flojo, y constituye, al reflejarse sobre la cara anterior del recto, el *fondo peritoneal recto-vaginal* ó *fondo de Douglas*—y más abajo, directamente, con la cara anterior del recto y con el espacio triangular que constituye el *perineo*.

El recto está unido con la vagina, en una pequeña extensión,

por medio de tejido conjuntivo, bastante flojo, que constituye el *tabique recto-vaginal*.

Los *bordes laterales* de la vagina están en relación, de arriba hacia abajo, con la parte más inferior de los ligamentos anchos, con los vasos uterinos, con el tejido celular de la pelvis, con la aponeurosis perineal superior, con las fibras internas del músculo elevador y con el bulbo de la vagina.

La *superficie interna* de la vagina está surcada por arrugas transversales, de profundidad y número variables, que ofrecen, hacia la parte media de las caras anterior y posterior, un engruesamiento, cuya serie constituye las *columnas anterior y posterior de la vagina*.

La configuración de la superficie interna de la vagina es digna de un estudio atento, pues indica desde luego la disposición, tanto de la musculación del órgano como de sus medios de fijeza y de sus ligamentos propios, que concurren á la estabilidad de los órganos próximos, y en particular á la del útero.

Comencemos por *la pared anterior*. Fué PAWLICK el que ha dejado una descripción mejor de ella, pues que la estudió muy particularmente á fin de determinar la situación exacta de los uréteres. De la vulva al cuello uterino se encuentra: el meato, luego un tubérculo alargado, cubierto de pliegues transversales, que corresponde al trayecto vaginal de la uretra y que cesa bruscamente atrás del ligamento triangular, en un punto que corresponde al cuello de la vejiga. En este mismo nivel se encuentra una especie de brida transversal ó pliegue resistente, denominado *ligamento transversal del cuello de la vejiga*. Este ligamento está situado, según CHARPY, á dos centímetros atrás de la sínfisis del pubis y á una altura, aproximada, de la mitad de esa articulación, en su cara posterior.

Atrás de este pliegue ó ligamento transversal existe una superficie triangular de vértice anterior y de base posterior, que corresponde á la base de la vejiga, y más particularmente al *triángulo vesical*. Esta superficie se la conoce con el nombre de *triángulo de Pawlick*. A los dos ángulos posteriores de este triángulo corresponden los orificios vesicales de los uréteres, y al pliegue saliente que indica la línea de reunión de estos dos orificios y que forma la base del triángulo de PAWLICK, se le llama *ligamento inter-uretérico*. Este ligamento se prolonga lateralmente hasta confundirse con la aponeurosis profunda de la pelvis, constitu-