

AÑO I. 1.º DE JUNIO DE 1888.

Núm. 6.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

FOR

el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza*

*Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Cuadro estadístico de las operaciones especiales de la mujer y del niño.—
Quiste tubárico expulsado en el acto del parto.—Operaciones ginecológicas.—
Tumores de los grandes labios.—Retenciones menstruales.—Pólipos
uterinos.—Cálculo vesical con el núcleo formado por una horquilla: talla
vaginal.—*Sección de actualidad.*—Heridas contusas con fractura y hundimiento
del parietal.—*Crónica.*—Congreso ginecológico español.

TOLEDO

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



Rev 4/12

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones de los órganos genito-urinarios de la mujer

Las enfermedades de la mujer están íntimamente ligadas con el ejercicio de las funciones sexuales por la extraordinaria actividad que el aparato genital despliega durante la vida de generación y por las numerosas simpatías que despierta en órganos distantes. Así es que muchas de las que son comunes al hombre, como los cálculos urinarios por ejemplo, si se profundiza su origen, se encuentra en muchas ocasiones que su formación es debida á la especial conformación del aparato genito-urinario de la mujer. Debido á esta especial conformación, también la manera de combatir la enfermedad es esencialmente distinta de como se ataca en el hombre: cálculos vesicales hay en la mujer que pueden ser extraídos por la uretra, previa su dilatación, cosa que jamás puede realizarse en el hombre: en otros, como el que hemos tenido ocasión de tratar, se encontraba constituido su núcleo por una horquilla introducida por la uretra durante un acto que no se concibe en el sexo masculino, la talla vaginal, por fin, no podrá dudarse que es una operación especial de la mujer.

Por estas consideraciones y dada la índole de los casos que comprende nuestra estadística bajo el epígrafe que encabeza estas líneas, nos ha parecido que puede cambiarse por el de operaciones ginecológicas ó especiales de la mujer, como más apropiado.

Hacemos esta salvedad porque habiéndonos parecido oportuno formar un cuadro estadístico ó resumen sintético de todas las operaciones del aparato genital de la mujer, en él hemos cambiado de denominación, sin alterar por esto nuestro plan primitivo de exposición.

Por este cuadro vamos á empezar antes de entrar en la exposición de las operaciones ginecológicas; y para que lo relativo á las tres ramas que constituyen la especialidad (Obstetricia, Ginecología y Pediatría) aparezca reunido, en él colocamos la única operación de niño que hemos practicado y que en el número anterior dimos á conocer.

Estadística de las operaciones espe

1.º—T O C O

CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES		Diagnóstico.
Edad, y otras.		
33	Primípara	Eclampsia de origen reflejo en el período expulsivo. Presentación de vértice. Cabeza en la excavación.
35	Id.	Lentitud en el período de dilatación por rigidez en el cuello uterino. Inercia consecutiva. Presentación de vértice. Cabeza en la excavación.
26	Id.	Inercia atónica, período expulsivo. Presentación de vértice. Cabeza coronada desde muchas horas antes y sin faltar para la expulsión más que vencer la resistencia de las partes blandas (a).
30	Multipara	Inercia atónica, período expulsivo. Cabeza estrecho inferior efectuado movimiento de rotación interior.
34	Primípara	Estrechez relativa, cuya causa apreciable era la edad de la parturiente. Lentitud del trabajo. Presentación del vértice. Cabeza encajada estrecho superior.
28	Id.	Estrechez relativa por la edad de la parturiente y el volumen de la cabeza. Lentitud del trabajo. Presentación de vértice. Cabeza estrecho superior.
18	Id.	Estrechez relativa por aumento de volumen de la cabeza. Lentitud del trabajo por esta causa y ser las contracciones débiles. Presentación de vértice. Cabeza en la excavación.
36	Multipara	Distocia por cortedad extraordinaria del cordón. Lentitud en el período expulsivo. Presentación de vértice. Cabeza en la excavación.
24	Primípara	Inercia, período expulsivo. Presentación de extremidad pelviana. Derecha.

(a) A esta enferma le quedó en el esfínter vaginal una cicatriz fibrosa, dura, en forma de exigió ser incindida mediante tres incisiones que comprendieron todo su espesor, dos laterales y una posterior; en el tercer parto necesitó todavía otras dos incisiones: el cuarto parto, dose aún a la exploración el anillo,

ciales de la mujer y del niño

LÓGICAS

Operación.	Terminación.
Perforación del cráneo. Introducción del gancho del fórceps por el agujero practicado. Extracción de la cabeza haciendo tracciones sobre él.	Curación.
Aplicación de fórceps efectuada rápida y fácilmente.	Defunción por colapso a la media hora.
Desprendimiento de la cabeza con una rama del fórceps obrando como palanca.	Curación.
Aplicación de fórceps facilísima.	Curación. Feto vivo. Puerperio normal.
Aplicación de fórceps muy laboriosa.	Curación. Feto vivo, pero con una erosión en la región malar, de la que curó. Puerperio normal.
Aplicación de fórceps laboriosa.	Curación. Feto vivo, pero con una herida en la región parietal. Defunción a las 24 horas. Puerperio normal.
Aplicación de fórceps.	Curación. Feto vivo. Fiebre de infección en el puerperio. Pequeña fístula urinaria curada con cauterizaciones.
Aplicación de fórceps laboriosa.	Defunción a los 34 días por fiebre de infección séptica. Feto muerto antes de la operación.
Extracción de las nalgas con el gancho del fórceps.	Curación. Puerperio normal. Feto vivo, pero con una herida superior en la ingle, de la que curó.

2.º—O P E R A C I O N E S

anillo, que en el segundo parto, constituyendo un obstáculo insuperable para la expulsión les y una posterior: en el tercer parto necesitó todavía otras dos incisiones: el cuarto parto, dose aún a la exploración el anillo,

CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES — Edad y otras.		Diagnóstico.
24	Primipara	Presentación de extremidad pelviana complicada con la salida de un brazo. Inercia uterina. Hidramnios é hidrocéfalo.....
24	Multipara	Placenta previa inserta en la parte anterior del cuello. Hemorragia grave. Procidencia del cordón. Presentación de vértice, sétimo mes de la gestación.....
36	Id.....	Placenta previa. Hemorragia gravísima durante dos ó tres días. Presentación de vértice.....
28	Id.....	Presentación transversal. Segunda posición de hombro izquierdo (céfalo-iliaca derecha).....
28	Id.....	Parto de gemelos. Normal el del primer feto. Suspensión de los dolores por 24 horas. Presentación transversal del segundo feto. Primera de hombro izquierdo (céfalo-iliaca izquierda).....
34	Id.....	Presentación transversal. Segunda de hombro izquierdo (céfalo-iliaca derecha).....
32	Id.....	Presentación transversal. Primera de hombro derecho (céfalo-iliaca izquierda).....
20	Primipara	Presentación transversal. Segunda de hombro derecho (céfalo-iliaca derecha) con procidencia del cordón. Inercia uterina.....
36	Multipara	Muerte de un ataque apoplético en el noveno mes de la gestación. Feto vivo.
30		Quiste expulsado en el acto del parto á través de una rasgadura del fondo de saco recto-vaginal.....
38	Id.....	Aborto embrionario. Retención de placenta y membranas. Fiebre séptica.
24	Primipara	Aborto embrionario con retención del producto en el cuello.....
30	Multipara	Aborto fetal. Retención de la placenta en el útero. Flemón periuterino abierto espontáneamente en la vejiga.....

2.º—OPERACIONES

61	Viuda....	Epitelioma grande labio derecho con infarto de los ganglios inguinales.
57	Id.....	Tumor carcinomatoso del grande labio izquierdo y clitoris.....

Operación.	Terminación.
Reducción del brazo. Extracción de las nalgas con el gancho del fórceps. Aplicación de fórceps á la base del cráneo.....	Curación. Rasgadura del periné. Puerperio normal. Feto muerto antes de la operación.
Cesación de la hemorragia por la compresión de la cabeza. Reducción del cordón.....	Curación. Puerperio normal; niña viva, pero no viable por las condiciones de la madre.
Transfusión de sangre desfibrinada. Enemas de sangre. Extracción por la versión podálica muy rápida en la agonía.....	Defunción.
Versión podálica.....	Defunción á las 12 horas por colapso. Feto muerto.
Versión podálica.....	Curación. Segundo feto muerto y descompuesto, así como las dos placentas unidas por su parte media. Fiebre séptica consecutiva de un mes de duración.
Versión podálica.....	Curación. Feto muerto. Puerperio normal.
Versión podálica sumamente laboriosa.....	Curación. Feto muerto antes de la operación. Fiebre trahumática de mediana intensidad de un septenario de duración.
Versión podálica rápida y fácil. Hemorragia de poca intensidad y duración.....	Curación. Feto vivo. Fiebre de infección de un septenario de duración. Extracción de una niña que vivió 12 días.
Operación cesárea <i>post mortem</i>	Defunción á las cuatro horas. Fiebre 24 horas antes con estupor y postración de fuerzas.
Excisión por el pedículo situado en la vagina previa ligadura (practicada á las 72 horas del parto).....	Curación.
Extracción de la placenta y membranas de la cavidad del cuello uterino con una pinza de pólipos.....	Curación.
Extracción con una pinza.....	Curación.
Extracción muy laboriosa con una pinza.....	Curación.
GINECOLÓGICAS	
Extirpación del tumor y ganglios.....	Defunción á los 11 días de erisipela de carácter gangrenoso.
Extirpación y autoplastia.....	Curación á los 25 días.

CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES		Diagnóstico.	Operación.	Terminación.
Edad y otras.				
16	Soltera...	Retención menstrual (dos meses) por himen imperforado y resistente...	Incisión.....	Curación.
16	Id.....	Retención menstrual (varios meses). Tumor en el vientre como de un embarazo de tres á cuatro meses. Imperforación del cuello uterino adherido á la vagina en su mitad izquierda.....	Punción con un trocar y dilatación de la abertura en el sentido transversal: colocación de un tubo de drenaje.....	Defunción á las 70 horas de metroperitonitis violenta iniciada antes de la operación, tal vez por derrame de la sangre en el peritóneo por las trompas.
18	Id.....	Retención menstrual (varios meses), volumen del vientre como de embarazo de tres á cuatro meses. Cuello imperforado. Falta de vagina.....	Abertura espontánea del tumor en el momento de ingresar en el Hospital por una pequeña abertura situada debajo del meato urinario. Formación de una vagina artificial á los nueve días de su ingreso.....	Defunción por perimetritis y ovaritis sépticas con formación de focos purulentos á los 30 días, cicatrizando en 10 ó 12 la herida de la operación (autopsia).
48	Casada...	Tumor fibroso pediculado (pólipo) del labio anterior del cuello uterino del volumen de una nuez.....	Excisión con una tijera larga.....	Curación.
50	Id.....	Pólipo del volumen de una naranja pequeña ocupando la vagina pendiente su pedículo del labio anterior, cuello uterino (blando).....	Abulsión con los dedos. Cauterización.....	Curación.
45	Id.....	Pólipos mucosos de la cavidad del cuello uterino.....	Abulsión con pinzas.....	Alivio (alta pedida).
31	Id.....	Pólipo duro del volumen de un puño ocupando la vagina, inserto su pedículo en el labio anterior del cuello uterino.....	Extirpación con el compresor lineal de Chaignac.....	Curación.
50	Viuda...	Pólipos mucosos de la cavidad del cuello uterino.....	Abulsión con pinzas.....	Defunción por perimetritis.
50	Id.....	Tumor fungoso no pediculado como un huevo de paloma implantado en el labio anterior del cuello á bastante distancia del orificio.....	Extirpación con el termo-cauterio.....	Curación.
22	Casada desde hace 8 meses...	Cálculo vesical de 40 gramos de peso, ovoidal, de seis centímetros el diámetro mayor, tres y medio el menor y cuyo núcleo era una horquilla introducida por el meato urinario á la edad de 12 años.....	Talla vaginal. Sutura metálica por el procedimiento de Sims.....	Alta pedida con una pequeña fístula vesico vaginal ($\frac{1}{3}$ de la herida.)
23	Casada...	Fístula vésico vaginal-transversal de dos centímetros y á tres del meato urinario.....	Refrescamiento de los bordes y sutura por el procedimiento de Sims.....	Alta pedida con una fístula más pequeña.
	Niña recién nacida.....	Imperforación del ano y del recto.....	Formación de una vía artificial entre la región sacro-coxígea y el tabique vaginal de unos ocho centímetros con el trocar curvo de Fray Cosme. Punción del intestino.....	Expulsión de meconio. Defunción por peritonitis á las 24 ó 48 horas.

Quieste tubárico expulsado en el acto del parto á través de una rasgadura de la pared posterior de la vagina al nivel del fondo de saco recto-vaginal

Era una mujer de 30 años de edad, casada, bien reglada, multipara, que en 15 de Marzo de 1877, después de un embarazo en que nada había notado de anormal, á no ser algo más peso y molestias que los anteriores, se inició el trabajo de su tercer parto, corriendo el período de dilatación sin novedad particular: formada la bolsa de las aguas, notó la partera que la asistía que la rotura tuvo lugar en un punto más alto que de ordinario, derramándose una cantidad considerable de líquido: al comenzar la expulsión vió salir por delante de la cabeza del feto una gran bolsa, que según datos de referencia (no indubitables) se abrió en un punto durante uno de los dolores, saliendo un líquido serosanguinolento, cuya cantidad evaluó en unos dos cuartillos, después de lo cual se verificó la expulsión del feto y de la placenta, quedando la expresada bolsa entre los genitales pendiente de un cordón largo y estrecho que se perdía en la vagina,

Viendo la partera que no salía con tracciones suaves, hizo llamar á un Profesor y éste á otros varios, reuniéndonos hasta en número de ocho ó nueve cuando ya habían transcurrido 72 horas del parto.

La enferma se encontraba con fiebre que se había presentado 24 horas antes, precedida de escalofríos y profundamente abatida. Acusaba dolores en la región hipogástrica que estaba muy abultada, y extraída con el cateterismo una gran cantidad de orina, quedó algún tanto descansada.

Inspeccionado el tumor pendiente de los genitales, presentaba la forma y volumen de un utero hipertrofiado y con una abertura en un punto por donde había salido el líquido: introducido el dedo por esta abertura se encontró una bolsa cerrada por todas partes. Introducida la mano en la vagina, siguiendo la dirección del pedículo y avanzando lentamente para reconocer su inserción, sin dificultad penetró en una cavidad accidental fraguada en el peritóneo y se apreció que el pedículo terminaba en la parte derecha del fondo del utero que estaba contraído y dirigido hacia la fosa iliaca izquierda.

En vista de esto y conviniendo en que la bolsa era un tumor pediculado de naturaleza quística, se acordó colocar una ligadura en el

punto más alto posible del pedículo y seccionarlo por debajo de ella, pues ya estaba en descomposición. Eliminado de este modo el tumor, la enferma sucumbió á las cuatro ó seis horas.

Hecha la autopsia á las 24 horas, se encontró una rasgadura en el fondo de saco recto-vaginal, por la que cabía holgadamente la mano que penetraba en una cavidad accidental fraguada en el peritóneo entre la pared posterior del utero y el recto: la trompa y el ovario del lado izquierdo intactos: la trompa del lado derecho extraordinariamente alargada, así como el ligamento redondo: la extremidad uterina de la trompa perfectamente permeable, pues seccionada á dos ó tres centímetros, se hizo penetrar por su conducto en el utero un estilete: el pabellón no pareció, quedó confundido con el tumor, sin apreciarse en éste ni siquiera vestigios de la porción franjeada: en el sitio de la ligadura aplicada, al efectuar la eliminación del tumor, se encontró un cuerpo algo mayor que el ovario izquierdo, de estructura glandular como éste, pero que al corte ofrecía un aspecto mucho más descolorido y amarillento, como si hubiese sobrevenido en su parenquina una degeneración grasienta; parte de este cuerpo glandular, que era sin duda el ovario derecho, quedó en el tumor.

El análisis histológico de éste fué hecho por el ilustre Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. D. Aureliano Maestre de San Juan, que en la nota que me remitió con fecha 30 de Abril de 1877 se expresa en estos términos: «El tumor remitido para la análisis, ofrece una forma próximamente ovoidea, constituyendo un saco de paredes sumamente gruesas, cuya superficie interna es mamelonada en gran parte de su extensión. Ha dado al análisis histológico, á pesar del estado de maceración en que se encontraba, que ha exigido endurecerlo por medio del alcohol absoluto, estar compuestas las paredes de esta especie de saco de tejido conjuntivo y abundante tejido carnosos de la vida vegetativa.»

La precedente observación es muy interesante, no sólo bajo el punto de vista de la terminación de los quistes, sino también bajo el del diagnóstico.

No hay duda que interesa á la ciencia conocer el hecho de la rotura de la pared vaginal determinada por el trabajo del parto al encontrarse la cabeza del feto con un quiste de cierto volumen en la cavidad de la pequeña pelvis, porque así podrá formular reglas para combatir el accidente cuando ocurra y para precaverlo que es más importante

todavía. Conociendo antes de iniciarse el parto la presencia de un quiste de esta naturaleza en el fondo de saco vaginal posterior, podrá evitarse con seguridad la terminación funesta de la rasgadura y sus consecuencias. Por más que sea extraña y verdaderamente excepcional esta terminación, no es imposible que el hecho se repita y por tanto importa mucho conocerlo de antemano.

La ignorancia en este punto conduce á proceder inconscientemente en la formación del diagnóstico clínico, una vez ocurrido el accidente, lo cual puede ser muy perjudicial para las pacientes. Con efecto, al encontrarse después de un parto con un tumor como el que nos ocupa, y dar comienzo á la investigación para determinar qué podrá ser, necesitamos, como hace falta siempre en toda investigación, una idea que nos sirva de punto de partida, un hecho conocido ó una hipótesis: al ver salir por delante del feto un tumor, desconocido, extraño de todo punto á la función que con perfecta normalidad acaba de realizarse, la idea que naturalmente surge en nuestro espíritu, es pensar que sea una mola ó un tumor procedente del utero ó de la vagina, sin ocurrirse ni remotamente que puedan haberse roto las paredes de ésta, pues que todo lo conocido de roturas vaginales se refiere á partos distócicos, y en cuanto á los quistes, sólo ocupan la atención de los prácticos cuando constituyen un obstáculo para la expulsión. Pues si el tumor procede del utero ó de la vagina y no se piensa que ésta pueda haberse roto, se introduce la mano en ella siguiendo el pedículo, se sigue avanzando lentamente sin temor, guiado siempre por el pedículo, y cuando se cree estar dentro del utero donde realmente ha penetrado la mano, es en la cavidad peritoneal á través de la rasgadura fraguada. Entonces se pone en claro que el pedículo termina en la superficie externa del utero que no tarda en apreciarse contraído y constituyendo un tumor que con nada puede confundirse, y á poco que se reflexione, el diagnóstico está formado, pero está formado á expensas de haber introducido la mano en donde no debe penetrar sin peligro, en la cavidad más sagrada del cuerpo humano, en la cavidad peritoneal. Ciertamente, aun sin conocer nada de esta clase de roturas, podfa evitarse esto, reflexionando que en el utero contraído, la mano, ó penetra muy difícilmente ó es imposible que penetre; pero en los casos difíciles esta reflexión viene después; no es posible conocer la verdad sino por partes, y mientras al entendimiento ocupa una idea, desatiende necesariamente todas las demás.

El diagnóstico anatómico del caso que nos ocupa es no menos interesante, porque ha de darnos explicación de cómo y por qué se verificó la rotura de la vagina, y cómo y por qué el hecho puede reproducirse en circunstancias análogas. El no encontrarse en el lado derecho el pabellón de la trompa y no parecer en el tumor ni el menor vestigio de ella, inclina á creer que el tumor estaba constituido por este órgano, tratándose por consiguiente de un quiste tubárico, cuya formación puede explicarse por una inflamación que hubiese obturado el orificio peritoneal y hubiese soldado las franjas que constituyen el pabellón hasta formar una cavidad cerrada que después hubiese ido aumentando de volumen por el acumulo de líquido en su interior. Este trabajo inflamatorio pudo ser provocado en una época menstrual: al coger el pabellón un óvulo pudo interrumpirse su marcha regular por el interior del conducto y quedar atascado en el orificio por una causa cualquiera: después, obrando como cuerpo extraño, pudo producir la inflamación que obturase el orificio, y propagándose el pabellón, hacer que las franjas se aproximasen al óvulo núcleo de un pequeño quiste hasta identificarse con él. El quiste fué creciendo después gradualmente, teniendo por paredes las de la trompa, aumentadas de volumen. Así se explica perfectamente que las paredes del quiste fuesen tan gruesas y musculares y que el líquido que salió al romperse ó al romperlo la partera, que este hecho no pudo aclararse completamente, fuese seroso-sanguinolento, que es un carácter que se asigna á los quistes tubáricos. No podía tratarse de un quiste ovárico, porque la mayor parte del ovario, aunque degenerado, pareció en la autopsia; ni de un quiste del ligamento ancho (del cuerpo de Rosemmuller), porque los primeros siguen una marcha distinta y los segundos tienen las paredes, aunque musculares, mucho más delgadas. Aun tratándose de esta clase de quistes no hay duda que á ellos se adhirió, hasta identificarse, el pabellón de la trompa.

Formado el quiste, cuando ya tuvo algún peso y volumen, tendió á descender, y poco á poco fué bajando hasta colocarse en el fondo de saco recto-vaginal, y como consecuencia de este descenso, vino el alargamiento extraordinario del conducto tubárico y del ligamento redondo. Una vez en este sitio, en el que es probable que estuviese ya desde antes de la primera gestación, con el trabajo de los partos anteriores y con la gravitación del tumor y expansión del líquido, poco á poco fué adelgazándose la pared vaginal, y al llegar el tercer parto,

cogiéndolo por delante la cabeza del feto y no cediendo sus paredes por ser gruesas y resistentes, cedió la pared vaginal y salió al exterior.

Los Profesores que intervinieron en la asistencia de la enferma fueron: mi malogrado y querido compañero de Hospital D. Félix Martín Serrano, como de cabecera, y los Sres. D. Ricardo Montero, de Torrijos; D. Francisco Miguel Cuadrado, Subdelegado y del Hospital del Rey; D. José Pardo, del Hospital de Afuera y del Cabildo; D. Martín Correas, de la Beneficencia municipal; D. Venancio Ruano, actual Subdelegado y de la Beneficencia municipal; D. Anastasio Gamero, forense y de la Beneficencia municipal; D. Fernando Sánchez, de la Beneficencia provincial y actual Director del Manicomio, á los cuales se agregaron en la autopsia D. José López y Tena y D. Pedro Vicens.

Operaciones ginecológicas

TUMORES DE LOS GRANDES LABIOS

Dos tumores cancerosos de condiciones muy parecidas hemos tenido ocasión de tratar mediante la extirpación.

El primero era un epiteloma ulcerado con infarto de los ganglios inguinales en una mujer de 61 años, de temperamento linfático. La indicación de operar era dudosa, porque había ya sobrevenido la ulceración del tumor y el infarto de los ganglios inguinales, y no podía esperarse otra cosa más que prolongar la vida de la paciente, retardando lo posible la caquexia; pero la paciente y su familia pidieron con insistencia la operación, que le fué practicada en 26 de Setiembre del 79, al mes de su ingreso en el Hospital. La soportó bien y continuó en buen estado durante los primeros días, pero después sobrevino erisipela en la pierna derecha, que tomó un carácter gangrenoso y falleció á los once días de la operación (7 de Octubre del 79).

El segundo caso recayó en una mujer de 57 años, de temperamento sanguíneo y se trataba de un tumor que comprendía todo el grande labio izquierdo y se extendía hasta el clítoris, que aparecía aumentado de volumen é indurado. No había infarto en los ganglios inguinales y la degeneración no alcanzaba á la mucosa. Mediante dos incisiones, una costeando la mucosa y otra en la piel, semilunar, se circunscribió toda la superficie enferma, incluso el clítoris, para lo cual la incisión de la mucosa terminó en la comisura anterior de la vulva por delante

del meato urinario, ó sea en el espacio que media entre éste y aquél. Hecha la disección del tumor, limitado de este modo, se eliminó completamente sin dificultad y después se disecó un colgajo de piel suficiente para restaurar la pérdida de sustancia, cuyo pedículo quedó en la parte superior, uniéndolo con puntos de sutura al borde correspondiente de la incisión de la mucosa. Como resultado quedó una herida en la piel bastante más pequeña de lo que habíamos imaginado antes de emprender la operación. En menos de un mes la enferma estaba completamente curada, puesto que la operación se practicó en 28 de Enero del 80 y tomó el alta en 22 de Febrero del mismo año.

Retenciones menstruales

Tres casos aparecen en el estado precedente de este importante asunto. En el primero la retención del flujo menstrual era determinada por el himen duro y resistente que es la forma más sencilla de producirse y en los otros dos por imperforación del cuello uterino.

Muy poco es lo que hay que decir del primero. Enterándose la madre de la joven á quien hace referencia de que su hija no tenía la menstruación, observó un tumor entre los grandes labios y cerrada la entrada del orificio vaginal, y reconocida se vió que el himen era imperforado y resistente, apreciándose á través de él la fluctuación. En su virtud, citado otro Profesor, y dos personas más para que en caso necesario pudiesen testificar que la pérdida del himen era debida á una operación quirúrgica necesaria, se ejecutó una incisión de adelante atrás de unos dos centímetros en el centro del tumor fluctuante y en seguida fluyó la sangre negruzca y con algunos coágulos en cantidad como de dos períodos menstruales que era la que se suponía retenida. Después se colocó en la abertura una mecha para impedir que se cerrase, y renovada diariamente, se retiró á los seis ó siete días. No sobrevino fiebre ni ninguna otra alteración en su salud y en lo sucesivo las menstruaciones han corrido sin dificultad.

El segundo caso se refiere á una joven de 16 años, que en 12 de Enero del 87 ingresó en la Sección de Medicina de este Hospital con un fuerte dolor en el vientre, acompañado de grande abultamiento, como el que corresponde á un embarazo de cuatro ó cinco meses, sed intensa, náuseas y vómitos y fiebre. Por los antecedentes que daba la



enferma y su familia no podía venirse en conocimiento de cuál podía ser la causa de la enfermedad, así es que hubo de limitarse mi digno y querido compañero D. Mariano Bermejo el primer día á llenar las indicaciones sintomáticas, pero al segundo y tercero, llamándole la atención el volumen del vientre, exploró el aparato genital y encontrando en él algo que no acertaba á explicarse satisfactoriamente, me invitó á que juntos examinásemos con detención á la enferma. Es de notar que en la noche que precedió al tercer día de su estancia en el Hospital, tuvo fuertísimos dolores que habían disminuído en la visita de la mañana juntamente con la dureza y el volumen del vientre. Hecho, pues, un examen detenido, apareció la entrada de la vulva cubierta en su mitad lateral izquierda por el himen que faltaba en la mitad lateral derecha, en la cual existía en su lugar la extremidad de un tumor constituido por el cuello uterino dilatado en términos que tendría el volumen de un intestino. Estaba adherido á las paredes de la vagina por la parte izquierda y línea media y libre por la derecha, de modo que introduciendo el dedo se apreciaba á la derecha la pared vaginal, pero á la izquierda sólo el cuello del volumen y forma indicados: colocando los dedos en la extremidad del cuello se percibía claramente la fluctuación cuando se comprimía ó percutía el vientre. Con estos datos formamos el juicio de que se trataba de una retención menstrual de muchos meses por imperforación del cuello uterino que estaba adherido á la mitad izquierda de las paredes de la vagina. Para cerciorarnos más de este juicio, hicimos que examinase también á la enferma nuestro compañero y amigo D. Juan Merino, y una vez reunidos, acordamos llenar la indicación de dar salida á la sangre en el acto, lo cual fué ejecutado con un trocar, evacuándose una gran cantidad. Después se agrandó la abertura en dirección transversal y se colocó un tubo de drenaje para impedir que se cerrase de nuevo. A la familia se advirtió que la joven quedaba en peores condiciones que una recién parida y por lo mismo se la colocó en una sala especial que está reservada para enfermos distinguidos ú operados graves, con el fin de evitar la infección que podría sobrevenir en la superficie interna del utero. A pesar de esta precaución, siguieron los dolores que se generalizaron á todo el vientre, la fiebre, los vómitos, el pulso se hizo pequeño, se presentó meteorismo, etc., y á los tres días falleció.

Es sensible que no pudiese hacerse la autopsia para evidenciar si

la violenta peritonitis, causa de la muerte, fué debida al estado en que quedara la matriz después de la evacuación de la sangre, ó si por el contrario fué ocasionada por el derrame de sangre en la cavidad peritoneal á través de los orificios de las trompas la noche que precedió á la operación, lo cual parece indudable por la disminución de los dolores, que debían ser contracciones uterinas, y de la dureza y volumen del vientre.

El derrame de parte de la sangre en la cavidad peritoneal por los conductos de las trompas ¿era una contraindicación de la operación, ó por el contrario, la indicaba más? En aquel momento nos inclinamos á esta última opinión y de aquí la urgencia con que se procedió, y el fundamento fué, que iniciado el derrame por la vía abdominal, era natural que continuase y tanto más grave sería la peritonitis cuanto mayor fuese la cantidad derramada, no habiendo por consiguiente otro medio para atenuar la gravedad del proceso inflamatorio que evacuar la sangre por la vía normal del cuello uterino. La rapidez con que dicho proceso hizo su evolución, prueba que no debió influir gran cosa la infección de la cavidad uterina, pues que apenas hubo tiempo para que tuviese lugar.

Aun acudiendo con tiempo, estas operaciones no están exentas de peligro, como en la observación siguiente vamos á ver, pero evidentemente crece con la cantidad de sangre retenida y la dilatación que el utero ha sufrido. De aquí se deduce una prescripción higiénica de mucho valor que debe inculcarse en el ánimo de las madres con hijas en el período de la pubertad, á saber: que se informen cuidadosamente si hay en el aparato genital alguna anomalía ú obstáculo mecánico que impida el libre curso de la sangre, cuando, teniendo sus hijas buenas condiciones de desarrollo, la primera menstruación tarde en aparecer y además que vigilen en estas condiciones el volumen del vientre y acudan cuanto antes á demandar los auxilios del arte.

Unos meses más tarde, el 1.º de Setiembre del 87, se presentó en nuestra consulta otra joven de 18 años que deseaba ingresar en el Hospital, y accediendo á sus deseos por ser pobre, pocas horas después de su ingreso se abrió el tumor que presentaba en el vientre, el cual tendría el volumen como de un embarazo de cinco á seis meses, y comenzó á salir por entre los grandes labios una cantidad considerable de sangre de color negruzco. Continuando el flujo sin interrup-

ción durante una semana, no conceptuamos necesaria ninguna intervención, limitándonos á prescribirla frecuentes lociones con agua fenicada templada. Así que terminó el flujo (el 9 de Setiembre) procedimos á practicar un minucioso reconocimiento, no encontrando á la primera inspección la abertura por donde había salido la sangre: la entrada de la vagina estaba completamente cerrada y por la exploración rectal no aparecía en su sitio ordinario el cuello uterino. En tal situación, registrando despacio por todas partes, pareció por debajo del meato urinario una pequeña abertura, por la que haciendo penetrar un estilete se llegaba á una cavidad cerrada. Esta cavidad ¿era la de la vagina? En esta hipótesis hicimos una incisión de dos ó tres centímetros en lo que creímos el himen y después introducido un dedo en el recto seguimos avanzando en la dirección del conducto vaginal, creyendo que no tardaríamos en penetrar en él, y cuando guiados por el dedo introducido en el recto profundizamos la incisión seis ó siete centímetros, dirigiendo el corte del bisturí paralelamente á la pared anterior del intestino, y no pareció la porción vaginal del cuello uterino, á pesar de ensanchar el camino practicado con los dedos primero y después con la introducción del speculum de Ferghusson de menor diámetro, nos convencimos, uniendo á estos datos los de la exploración rectal de que la cavidad á donde el estilete había llegado, no era la de la vagina, sino la del cuello uterino. Teníamos, pues, una anomalía de conformación que consistía en la falta de vagina con imperforación del cuello uterino. Como ya buscando la vagina natural habíamos practicado otra artificial, sólo faltaba ponerla en relación con el cuello y después evitar que se cerrase. Para ello, introduciendo una sonda acanalada por el agujero, hicimos una incisión de uno ó dos centímetros que interesó el tabique que separaba la vagina artificial del cuello y colocamos entre los labios de esta incisión una mezcla, relleno la cavidad abierta con hilas empapadas, así como la mecha en aceite fenicado. Esta cura fué renovada diariamente, acompañada de lociones é inyecciones desinfectantes, así vaginales como uterinas, y en una semana las heridas estaban cicatrizadas, notándose sólo abundante secreción purulenta procedente de la cavidad del cuello, por la que se siguieron haciendo inyecciones desinfectantes. Pasó otra semana sin ninguna alteración local ni general, y durante algunos días llegó á abandonar el lecho. Después de este tiempo principió á notarse pérdida del apetito

y fiebre pseudo-accesional: por la herida del cuello principiaron á salir coágulos de sangre negruzcos y su expulsión determinaba algún pequeño dolor. Con la quinina mejoró la fiebre en la tercera semana, pero fué en aumento la secreción purulenta que salía por el cuello uterino, el apetito no mejoraba y empezaban á decaer las fuerzas: á estos síntomas se agregaron en la cuarta semana sed intensa, náuseas y vómitos, fiebre de forma continua, y siguiendo en aumento, pero sin meteorismo notable ni dolor apenas, en la región hipogástrica (que sólo se apreció de muy poca intensidad en el lado izquierdo en los últimos días) sobrevino el fallecimiento al mes de haber sido operada (8 de Octubre).

Hecha la autopsia, se encontró el utero contraído y algo más abultado que en estado normal: su cavidad, ocupada por un coágulo de aspecto fibrinoso, cuya periferia estaba recubierta de una capa purulenta de algún espesor: en la superficie externa y parte izquierda del fondo del utero existía un foco de supuración que profundizaba en el tejido propio del utero como de un huevo, otro mayor en el ovario del mismo lado y otros varios más pequeños en el ligamento ancho. En el lado derecho no apareció ninguna alteración. El cuello uterino terminaba en el sitio donde se hizo espontáneamente su abertura, estando su pared anterior completamente adherida á la de la vejiga y la posterior libre en la cavidad vaginal efectuada, que estaba completamente cicatrizada.

Por lo expuesto se ve que después de salir la parte líquida de la sangre quedó en la cavidad del utero un coágulo formado á expensas de la parte sólida, la fibrina y los glóbulos: este coágulo debió ser grande en un principio; pero se fué reduciendo de volumen á medida que el utero fué contrayéndose. Permaneció en el utero dos semanas sin ninguna alteración, pero al cabo de este tiempo sobrevino el reblandecimiento periférico que dió lugar á la inflamación de la superficie interna (endo-metritis) con desprendimiento de las porciones más próximas al orificio. Al venir esa inflamación se presentó la fiebre pseudo-accesional (de infección) y no tardó en propagarse por los vasos al cuerpo del utero, peritóneo y ovario izquierdo, y como consecuencia de todo esto vino el fallecimiento. Las inyecciones desinfectantes fueron ineficaces, porque no podían alcanzar á las paredes uterinas por impedirlo el coágulo: tal vez debido á ellas siguió la infección una marcha lenta: la constitución del coágulo fibrinoso

duro y resistente debió ser también una valla contra la infección, pero al sobrevenir el reblandecimiento periférico, se rompió la valla y la infección se verificó.

No es esta la primera vez que nos hemos encontrado con coágulos como causa de infecciones puerperales, que hemos visto son más frecuentes en los partos en que ha habido hemorragias. Las inyecciones antisépticas son impotentes contra esta causa de infección y el medio que creemos más adecuado para evitarla es la eliminación de estos coágulos en el momento de formarse. Pero ¿cómo conseguir esta eliminación? Los medios mecánicos de abulsión ó desprendimiento directo no pueden emplearse: en primer lugar porque es imposible formar juicio exacto de su existencia, y caso de sospecharla no puede determinarse con certeza el sitio donde se encuentran, ni aunque se supiera con certeza pueden llegar los instrumentos á barrer la superficie interna del utero para desembarazarle completamente. El cornuzuelo, ya hemos dicho en otro sitio que, lejos de ser útil, es perjudicial. Lo mejor sería emplear sustancias capaces de disolver la fibrina, sin que al mismo tiempo atacasen la superficie uterina, pero desgraciadamente no poseemos ninguna capaz de producir tal efecto.

Lo mismo que dentro del utero, tiene lugar la infección en una herida cualquiera en que hay hemorragia con coágulo detenido en su interior, y más de una vez hemos tenido ocasión de observar este hecho fuera del estado puerperal en las heridas accidentales y en las de las operaciones quirúrgicas.

Pólipos uterinos

Hemos tenido ocasión muy pocas veces de tratar estos pequeños tumores que resultan ordinariamente de la inflamación crónica del utero que, localizándose en alguno de sus elementos constituyentes, ya en el tejido muscular y conjuntivo, ya en las glándulas de la mucosa, da lugar á la proliferación de estos elementos y al desarrollo de tumores de esta clase.

Aunque pocos en número, hemos tenido ocasión de comprobar en todos los casos lo dicho por los autores al tratar de su etiología respecto á la edad de los pacientes y á la actividad del aparato genital. La edad de nuestras enfermas ha sido de 30 á 50 años, y todas han sido casadas ó viudas con muchos hijos, y no hay duda que el origen

de estos tumores ha sido el trabajo más ó menos laborioso de sus partos.

Respecto á su asiento, todos pertenecían al cuello uterino, estando unos en la vagina pendientes de un pedículo delgado inserto en los labios y otros en cavidad del cuello.

Por su estructura, uno pertenecía á la clase de pólipo fibroso, cuatro eran mucosos, y otro, más bien que pólipo, era tumor corcinomatoso.

Sucintamente vamos á reseñar estos casos.

PÓLIPO FIBROSO.—EXCISIÓN.—CURACIÓN

Era una mujer de temperamento sanguíneo, de 48 años de edad, casada y multipara, que ingresó en el Hospital en 4 de Julio del 77, quejándose de desarreglos menstruales, que venía padeciendo desde hacía un año, que consistían en menstruaciones muy abundantes que en los meses precedentes habían sido dobles y acompañadas de dolores como expulsivos y en los intervalos tenía flujo leucorreico bastante abundante. Explorada con el tacto vaginal, apareció en la vagina un tumor duro, del volumen de una nuez, y con el speculum de Ferghusson se vió que estaba pendiente del labio anterior, en el cual se insertaba un pedículo delgado. En el acto se hizo la excisión con una tijera corba larga y la hemorragia fué insignificante. El cuello estaba ligeramente aumentado de volumen y fuera de esto no presentaba ninguna alteración. El tumor, del volumen indicado, era de forma cónica, acorazonada, su tejido presentaba al corte el aspecto fibroso y parece indudable por los antecedentes que su origen y formación tuvo lugar en la cavidad del cuello, de la cual fué expulsado por un trabajo de contracción lento y gradual que le imprimió la forma cónica.

Después hemos tenido ocasión de ver á la mujer que tomó el alta el 19 de Julio del 77, y hemos sabido que no había vuelto á tener novedad.

PÓLIPO DEL CUELLO UTERINO COMO UNA NARANJA PEQUEÑA.—ABULSIÓN.—CURACIÓN.

En 28 de Marzo del 85 se presentó en la consulta pública del Hospital una mujer de 50 años de edad, casada, multipara, bien constituida, que venía padeciendo de flujo blanco desde que había cesado

la regla (cuatro ó cinco años), el cual había aumentado considerablemente en los últimos meses, haciéndose sanguinolento en algunas ocasiones y notando algunas molestias en las partes genitales. Explorada con el tacto vaginal se encontró en la vagina un tumor como una naranja pequeña, movable y que parecía insertarse en el cuello por un pedículo. Imprimiéndole movimientos de torsión con los dedos se desprendió con facilidad suma, siendo después extraído con una pinza. La hemorragia fué insignificante. Examinada después con el speculum se vió que su superficie de implantación en el labio posterior era muy pequeña y correspondía á la que presentaba el tumor en el centro de su cara posterior que parecía una depresión umbilical. El cuello no ofrecía por lo demás nada de particular, ni siquiera estaba aumentado de volumen. En la duda de si la producción patológica eliminada era de naturaleza maligna, se hizo una cauterización con nitrato de plata que repetida otras dos ó tres veces, con intervalo de seis ó siete días, dió por resultado la completa cicatrización, cesando completamente el flujo leucorreico.

¿De qué naturaleza era este tumor? Por su aspecto y consistencia y por ser pediculado, desde luego me pareció un pólipo nacido cerca del orificio externo del cuello, y que al crecer salió sin dificultad, sin molestias ni dolores perceptibles, á la vagina, en donde se desarrolló hasta tomar el volumen indicado: después, excitando con su presencia la mucosa, dió lugar á la secreción leucorreica, que tomó el tinte sanguinolento en los últimos tiempos de su enfermedad por pequeñas hemorragias de su superficie ocasionadas por el roce durante las relaciones sexuales. Podía, sin embargo, tratarse de un tumor canceroso, pues no es propio de los pólipos el adquirir un volumen tan considerable ni el aparecer después de la menopansia; pero el hecho de no estar alterada la nutrición de la enferma, el de haber desaparecido completamente con la ablación todas las alteraciones funcionales y el más significativo de no haberse reproducido, prueban la naturaleza benigna. A pesar de todo, no puede aceptarse ésta sino con reserva como lo demuestra el caso siguiente que tiene algún parecido.

TUMOR COMO UN HUEVO DE PALOMA DE ASPECTO FUNGOSO EN LA PARTE ANTERIOR DEL CUELLO UTERINO.—EXTIRPACIÓN CON EL TERMO-CAUTERIO.—CURACIÓN

En Marzo de 1884 nos consultó una señora de 56 años de edad,

viuda, acerca de una molestia que sentía en la vagina, acompañada de flujo leucorreico, algunas veces sanguinolento. Reconocida con el dedo se apreció en la parte media de la cara anterior del cuello uterino un tumor del volumen como de un huevo de paloma, que visto con el speculum ofrecía un aspecto fungoso. Se le aconsejó la extirpación, que fué practicada con el termo-cauterio de la manera siguiente: colocado en la pared posterior de la vagina el speculum de Sims, con una pinza de Museux, se fijó el cuello, procurando deprimirlo para poner de manifiesto el tumor, y resguardando con hilas empapadas en agua fenicada las partes inmediatas, se hizo obrar el cuchillo del termo-cauterio al rojo sobre la base del tumor, que era ancha, mientras con otra pinza larga de diente de ratón se le agarraba por su superficie, y en menos de un segundo fué hecha su extirpación. Después se cambió el cuchillo por el cauterio de forma esférica y se aplicó dos ó tres veces al rojo blanco sobre la superficie de implantación. Al desprenderse la escara á los siete ú ocho días, quedó una herida de buen aspecto que en 15 ó 20 días cicatrizó completamente.

Por la edad de la enferma, el aspecto fungoso del tumor y estar implantado en el cuello, no por un pedículo, sino por una superficie ancha, me incliné desde luégo á pensar que era de naturaleza maligna; pero al ver que la herida se había cicatrizado pronto y bien, y sobre todo que pasaban años sin que la enferma hubiese experimentado la menor alteración local ni general, comencé á desechar aquella idea, cuando hace pocas semanas, preguntando por la enferma, supe que hace poco tiempo ha principiado la reproducción. No sé en qué forma habrá tenido lugar este triste suceso; pero un día que he visto de largo á mi operada, he visto impreso en su semblante el sello de la caquexia cancerosa.

Este hecho me pone en guardia respecto á la operada del caso anterior.

TUMOR PEDICULADO DEL VOLUMEN DE UN PUÑO.—EXTIRPACIÓN CON EL COMPRESOR DE CHACHAIGNAC.—CURACIÓN

Una mujer de 31 años de edad, casada, multipara y de buena constitución, ingresó en el Hospital el 7 de Junio del 86, manifestando en el acto de la exploración tener un estorbo en la vagina que la ocasionaba molestias en sus relaciones sexuales desde hacía ya mucho

tiempo, durante el cual las menstruaciones eran más abundantes que de ordinario y en los intervalos había notado flujo blanco abundante, sin que pudiese determinar la fecha precisa del padecimiento ni su causa, pues su salud habitual había sido buena y tres ó cuatro partos que había tenido, fisiológicos.

Reconocida con el tacto vaginal, se encontró un tumor que llenaba la vagina como del volumen de un puño ó algo más, movable y que con bastante dificultad pudo ponerse en claro, estaba inserto en el cuello uterino por un pedículo corto, para lo cual hubo necesidad de introducir cuatro dedos en la vagina por delante y detrás del tumor para poder alcanzar al cuello y los fondos de saco-vaginales, anterior y posterior. Con estos datos, los suministrados por el tacto rectal y la percepción del fondo del utero á través de las paredes abdominales por la palpación, que pudo efectuarse bien por ser la enferma enjuta de carnes, se formó juicio respecto al asiento del tumor. Mucho contribuyó para robustecerle la observación del tumor reseñado anteriormente, pues que aquel caso nos enseñó que pueden encontrarse en el cuello tumores pediculados de un tamaño mayor del que generalmente se asigna á las producciones benignas. Lo que no pudo determinarse por la exploración fué el diámetro del pedículo, pues siendo corto y el tumor voluminoso, no podían pasarse los dedos entre éste y el cuello: había un dato para suponer que fuese grueso y es la resistencia que ofrecía para la torsión.

En vista de todo y después de tener en estudio á la enferma durante una semana y de reconocerla varias veces, el día 14 de Junio del 86 se procedió á la extirpación del tumor, para lo cual, colocado el speculum de Sims en la pared posterior de la vagina, se pasó por debajo del tumor el asa formada por la cadena del compresor hasta colocarla en el surco que separaba al tumor del cuello, y después, protegida la pared anterior de la vagina por medio de un apartador, se elevaron los mangos y empezó á funcionar el instrumento con lentitud, no tardando en desprenderse el tumor que fué extraído luego sin dificultad.

Examinado, su consistencia era carnososa y bastante firme, aunque no tanto como la que corresponde á los tumores fibrosos. No nos fué posible hacer el análisis histológico que hubiera podido ilustrarnos acerca de su origen y naturaleza, ya que por los antecedentes no era posible venir en conocimiento si se había desarrollado en el utero y

después había sido expulsado, ó si por el contrario su formación y desarrollo había tenido lugar en la vagina.

Esto, no obstante, no vemos inconveniente en que pueda ser considerado de naturaleza polipiforme y como tal benigno: el volumen no debeseerlo, porque es variable, y por circunstancias particulares aumenta ó disminuye en toda clase de tumores: el sitio tampoco, pues que un pólipo puede nacer en las inmediaciones del orificio cervical externo, salir después al exterior sin que la enferma se dé cuenta de ello y desarrollarse y crecer cuando está ya en la vagina donde tiene suficiente espacio, y aumentar su crecimiento con las excitaciones que produce necesariamente la aproximación de los dos sexos. La consistencia también es un dato variable y es más ó menos firme en los pólipos según los elementos que predominen en su composición histológica.

Por todo esto me inclino á creer que el tumor en cuestión era un pólipo, y este diagnóstico se corrobora si se examina atentamente el estado general de la paciente, que no tenía alteración, el cuello uterino que estaba ligeramente aumentado de volumen, siendo su consistencia normal, y por fin la rápida y completa curación de la enferma, que en un mes (14 de Julio) salió del Hospital, sin que haya vuelto á presentarse, ni se tengan noticias de su reproducción.

Por lo demás, después de extirpado el tumor, quedó en el labio anterior del cuello una pequeña herida de un centímetro de diámetro, que cicatrizó completamente sin más que inyecciones con agua fenicada, desapareciendo también en el mismo tiempo la leucorrea y presentándose la menstruación perfectamente normal á los 28 días de la operación.

PÓLIPOS MUCOSOS DE LA CAVIDAD DEL CUELLO.—ABULSIÓN CON PINZAS

Era una mujer de 45 años, casada, que ingresó en 27 de Marzo del 85 muy debilitada en consecuencia de hemorragias muy abundantes que se le presentaban á cada período menstrual y que cada vez iban en aumento. Por la exploración vaginal se encontró el cuello entreabierto, y haciendo penetrar el dedo al propio tiempo que se comprimía el fondo del utero, pudo apreciarse la existencia en su cavidad de un pequeño tumor, que por su consistencia blanda, no haber durezas ni abolladuras en el cuello uterino y los antecedentes de la hemorra-

gia se creyó sería un pólipo. Formado este juicio, el 23 de Abril se procedió á la abulsión, para lo cual un ayudante comprimía el fondo del utero mientras el operador introducía el índice de la mano izquierda hasta tocar el tumor, y con la derecha encaminando una pinza de pólipos por el dedo hacía la prensión; una vez cogido, hizo movimientos de torsión, y así extrajo un pólipo del volumen como la yema del dedo. En seguida volvió á introducir la pinza otras dos ó tres veces, extrayendo otras producciones análogas, después de lo cual se hicieron inyecciones fenicadas que se repitieron diariamente. La hemorragia fué moderada y no sobrevino accidente alguno inflamatorio agudo: se estableció la supuración y pasada la primera semana para modificar la superficie enferma, se hicieron inyecciones astringentes, entre ellas de una solución de percloruro de hierro, con lo cual se notó una mejoría notable. La enferma pidió el alta en 10 de Mayo cuando estaba en vías de curación, habiendo sabido algunos meses después que había fallecido, no sabemos si por reproducción del padecimiento ó por extensión de la metritis supurativa del cuello á la cavidad uterina ó á otros puntos más distantes.

PÓLIPOS DE LA CAVIDAD DEL CUELLO UTERINO.—ABULSIÓN.—DEFUNCIÓN POR PERIMETRITIS AGUDA

Una mujer de 56 años, viuda, llevaba mucho tiempo padeciendo de metrorragias abundantes, y en 1882 me consultó acerca de sus padecimientos. Hecho el examen con el tacto vaginal se encontró el orificio del cuello bastante dilatado y á través de él pudo apreciar el dedo un pólipo que se vió igualmente con el speculum. Siguiendo un procedimiento análogo al indicado en el caso anterior, hice su abulsión con pinza así, como la de otros varios que estaban en puntos más altos. La hemorragia fué copiosa, pero no exigió para cohibirse más que inyecciones de agua fría.

Siguió bien durante unas dos semanas, en que se le hicieron inyecciones astringentes, consiguiéndose que disminuyese el flujo purulento. Pero habiéndose marchado á su pueblo, tuve ocasión de verla á los 20 ó 30 días con fiebre alta y dolores al vientre que se aumentaban á la presión, estos síntomas fueron en aumento y á los pocos días falleció. Sin duda sobrevino una perimetritis por propagación de la inflamación del cuello ó por infección séptica, que siguió en los pri-

meros tiempos una marcha insidiosa y sin manifestar síntomas que la diesen á conocer de una manera clara.

Son, pues, estas operaciones muy graves cuando los pólipos son muchos, porque en unos casos se expone el operador á no extirparlos todos y en otros á coger con la pinza porciones de la mucosa, causando lesiones en su superficie que no están exentas de peligros. Solamente cuando el tumor es único y tiene un pedículo largo, es cuando pueden operarse con suma facilidad y sin inconveniente alguno.

Cálculo vesical de 40 gramos de peso, de forma ovoidal, con seis centímetros en su diámetro mayor y tres y medio en el menor. — Talla vaginal. — Sutura.

Una mujer de 22 años de edad, casada desde ocho meses antes, se presentó en el Hospital en 4 de Diciembre de 1885 quejándose de un dolor muy agudo al tiempo de orinar que la atormentaba hacía mucho tiempo y que se había aumentado desde que se casó, refiriendo que eran muy dolorosas las relaciones sexuales. Investigando la causa de sus acerbos sufrimientos, manifestó haberse introducido una horquilla de las del pelo en la uretra á la edad de doce años y que en el acto de ocurrir el accidente, forcejeando para sacársela, había logrado extraer como la mitad de una de las ramas. Desde entonces comenzó á sufrir en secreto y por pudor no lo había revelado á nadie.

Hecho el cateterismo, desde luego se encontró un cálculo en la vejiga, y por la exploración vaginal se formó juicio claro de su volumen.

La enferma, por lo demás, estaba pálida y demacrada, como consecuencia de sus prolongados sufrimientos.

El problema quirúrgico que se nos ofrecía era la extracción de un cálculo voluminoso, cuyo núcleo era un cuerpo extraño metálico introducido por la uretra. Al tratar de resolverlo después de atento estudio y meditación, nos encontramos con una de estas tres soluciones: la dilatación gradual de la uretra, la litroticia ó la talla. Por la dilatación gradual de la uretra, dado el volumen que el cálculo ofrecía á la exploración vaginal, era dudoso que pudiese extraerse, pues aunque se citan ejemplos de cálculos de 8,5 centímetros de circunferencia extraídos de este modo, no es prudente según prácticos respetables llevar la dilatación á tal extremo, aunque sea posible que no siempre

debe serlo. Para determinar este punto hay que tener en cuenta la edad y condiciones de desarrollo de la mujer: nuestra enferma era de constitución endeble, de talla mediana, estaba muy debilitada y empobrecida su constitución, y no era de pensar que su uretra participase como todos los órganos de este estado de depauperación, pudiese prestarse á una dilatación tan grande como necesitaba: aun soportándola, era de temer después una incontinenencia de orina tal vez irremediable. La litotricia, aunque es incomparablemente más fácil en la mujer que en el hombre, exige, sin embargo, una pericia y habilidad extraordinaria en el manejo de los instrumentos y desde luego renunciamos á emplearla en este caso: ofrecía, por otra parte, el inconveniente de ser el núcleo del cálculo metálico y no saber si después de romperlo y extraerlo en porciones más ó menos pequeñas, sería posible la extracción de la horquilla cuyas ramas se ignoraba si estarían recubiertas del todo de las calcáreas. Desechadas por estas consideraciones la dilatación gradual y la litotricia, no quedaba más que la talla hipogástrica, la uretral ó la vaginal. En los ensayos de talla hipogástrica que en el cadáver hemos practicado, hemos encontrado una dificultad que no hemos logrado vencer y es la de hacer *con limpieza* una sección de la vejiga suficiente para dar paso á un cálculo de grandes dimensiones. Este tiempo de la operación nos parece de muy difícil ejecución y es el único inconveniente entre tantas ventajas como reconocemos á esta clase de talla.

La talla uretral ofrecía los inconvenientes de las hemorragias á que da lugar y la incontinenencia de orina que es su consecuencia obligada.

Por todo lo cual dimos la preferencia á la talla vaginal efectuada de la manera siguiente: Colocado el speculum de Sims, se introdujo en la vejiga un cateter acanalado por delante del cálculo, y sobre él se practicó, de delante atrás en la pared anterior de la vagina, una incisión como de unos cuatro ó cinco centímetros, que se profundizó hasta penetrar en la vejiga, y en seguida, retirando el cateter, se exploró con el dedo el cálculo que remataba en la extremidad posterior de su diámetro mayor, en una punta metálica de dos centímetros y en la anterior en otra de medio: estas puntas, enganchándose en la mucosa vesical, hacían que tuviese poca movilidad, así es que fueron laboriosas las tentativas para hacerle vascular, de manera que se presentase en la abertura una de las extremidades; pero afianzada al fin con una

pinza de curar por su punta metálica la extremidad anterior, la más movable, se hizo la extracción. Examinado, apareció rota la horquilla por la unión de sus ramas, y faltando una de estas completamente, se hizo una exploración de la vejiga, en la que se encontró y fué extraída con la pinza: esta rama tenía dos centímetros y medio y fué de la que forcejeando la enferma extrajo la mitad en el momento de ocurrir el accidente. Después de esto y de limpiar la vejiga con inyecciones de una solución tibia de ácido bórico, se procedió á efectuar la sutura metálica por el procedimiento de Sims, colocando cinco ó seis puntos. La cura consistió en tiras de tafetán sobre los puntos y bolas de algodón en rama empapadas en aceite fenicado y iodoformo con que se rellenó la vagina, quedando bastante flojas y sin ejercer compresión sobre las paredes. En la vejiga se dejó permanente una sonda flexible de las de Nelatón sujeta por un T de ano y empalmada á un tubo largo de goma que salía por uno de los lados de la cama para conducir la orina á un recipiente colocado en el suelo. El empalme se hizo mediante un tubo de cristal que permitía vigilar si la orina corría ó no libremente por la sonda.

Hasta el tercer día todo marchó bien, pero notando pasado este tiempo que salía orina por la vagina, se elevó la pelvis, colocando dos almohadas debajo de ella y en el momento principió á salir la orina con fuerza por la sonda, y así continuó por otros tres días. Al sétimo día, á pesar de estar la pelvis elevada, comenzó la orina á salir de nuevo por la vagina, y continuando así, al octavo se practicó un reconocimiento con el speculum de Sims, del cual resultó que los dos puntos centrales habían desgarrado los tejidos y que había unido la herida en el resto de su extensión: se quitaron estos puntos y se dejaron los restantes otros dos días más en que se retiraron también, quedando en su consecuencia una pequeña fístula vesico-vaginal, que nos propusimos tratar con la cauterización cuando estuviese más repuesta de fuerzas. Para conseguir esto, al mes de la operación, teniendo una repugnancia invencible á los alimentos del Hospital, se la dió el alta para pasar unos días en el pueblo de su naturaleza, en donde mejoró algo el apetito y el estado general, pero no quiso volver para continuar el tratamiento, falleciendo á los tres ó cuatro meses por consunción.

De la operación de fístula vesico-vaginal nada tenemos que decir más que lo consignado en el cuadro.

Sección de actualidad

HERIDAS CONTUSAS CON FRACTURA CONMINUTA Y HUNDIMIENTO DEL PARIETAL IZQUIERDO

Antonio Díaz Rubio, natural de Almonacid de Toledo, de 28 años, soltero, de constitución fuerte y temperamento sanguíneo, ingresó en el Hospital el 26 de Febrero último con dos heridas, una de unos 8 centímetros de longitud, poco profunda en la región superciliar derecha y otra en la parte anterior del parietal, del mismo lado, con fractura y hundimiento del hueso. La causa de las heridas había sido una caída de una altura de unos 11 metros sobre piedras de mucho volumen y angulosas que en el sitio había.

De resultas del golpe, quedó en el acto sin conocimiento, en cuyo estado le condujeron en una camilla al Hospital, observándose además pulso pequeño, semblante contraído, etc.

Hecha la cura antiséptica de las heridas, al día siguiente sobrevino reacción de moderada intensidad y á los tres ó cuatro días se agregó delirio alto, notándose además una hemiplegia completa del lado izquierdo, opuesto al de las lesiones. Estos síntomas continuaron en aumento durante una semana, pasado cuyo tiempo se levantó el apósito y empezó á supurar la herida de la cabeza, estando ya la de la cara reunida por primera intención. El estado general mejoró algún tanto, y aunque no había recobrado el conocimiento, atendía y contestaba, aunque inconexamente, á lo que se le preguntaba; pero hacia la mitad de la segunda semana aumentó la fiebre y todos los síntomas, agregándose convulsiones que le duraron por espacio de 24 ó 48 horas, acompañadas de pulso pequeño y un estado comatoso que pusieron en inminente peligro su vida. Resistió, sin embargo, y poco á poco fué saliendo de su letargo. El 11 de Marzo el estado general era más satisfactorio, había disminuído la fiebre y había recobrado el conocimiento, pudiendo ya efectuar algunos movimientos los miembros derechos y el tronco: la herida de la cabeza supuraba abundantemente y por propagación de la inflamación al tejido celular se había formado un foco de supuración en la parte anterior de la fosa temporal. Al abrir este foco mediante una incisión, apareció en este punto otra fractura del hueso que correspondía á la sutura esfeno-temporo-parietal.

Examinada detenidamente la herida de la cabeza para precisar su

situación anatómica y sus relaciones con esta nueva herida, resultó lo siguiente: La fractura del parietal estaba situada en la porción de este hueso que forma un ángulo entrante á la parte anterior para articularse con el coronal, el esfenoides y el temporal, á la distancia de cuatro ó cinco centímetros, contados verticalmente desde el conducto auditivo y siete ú ocho horizontalmente desde la órbita. En ese punto preciso que con un cráneo á la vista es fácil de determinar, apreciaba el dedo un hundimiento considerable en forma angular, de cuyo fondo se extrajeron en las curas de los días siguientes una esquirla de hueso como de un centímetro cuadrado, una porción de cabellos que había hundido en los tejidos el cuerpo vulnerante y hasta una porción de piedra granática con cristales de mica. Al producirse el hundimiento en este punto habían cedido las suturas antes mencionadas y de aquí las fracturas que se vieron al practicar la incisión referida ya; y resultaba deprimido todo el ángulo entrante del parietal en una extensión de cuatro ó cinco centímetros y una superficie menor del mismo en un punto situado más arriba de la herida: al producirse el hundimiento de estos dos fragmentos, resultó la esquirla á que antes hemos hecho referencia y la disposición angular del fondo de la herida.

En tal situación las cosas y mejorado relativamente el estado del enfermo, el distinguido Profesor de Sanidad militar Sr. Patón, que por entonces me acompañaba á la visita, ayudándome con su ilustración á discurrir acerca de los medios que podrían ponerse en juego para llenar la indicación clara de levantar las porciones de hueso hundidas, me instó para que hiciese la trepanación, recurso quirúrgico, de que veníamos hablando desde algunos días antes. Pensando y repensando estuvimos durante una semana acerca de este asunto. porque se imponía la necesidad de llenar la indicación, dado que el enfermo había mejorado bastante en su estado general y local; y por fin nos ocurrió otro recurso que nos pareció más inofensivo, que fué el siguiente: practicar una gran incisión de arriba abajo pasando por la parte media de la herida: disecar los tegumentos hasta el pericráneo en toda la extensión de la incisión hacia adelante y hacia atrás hasta poner bien al descubierto el fondo de la herida: después por la pérdida de sustancia producida con el desprendimiento de la esquirla hacer penetrar la palanqueta del trepano y levantar los fragmentos hundidos. Procediendo de este modo, el día 23 de Marzo se logró le-

vantar los dos fragmentos hundidos, cuya situación respecto de la herida ya hemos dicho que uno mayor miraba hacia adelante y otro más pequeño hacia arriba, los cuales quedaron al nivel de la porción posterior del parietal que no se deprimió. Después de esto se hizo una cura antiséptica, previa sutura de las extremidades de la incisión que excedían de la circunferencia de la herida.

En los días sucesivos, la hemiplegia, que había principiado á ceder desde que se eliminó la esquirla y cuerpos extraños, mejoró notablemente, así como la atrofia del brazo paralítico, que iba haciéndose muy perceptible. La mejoría ha ido en aumento gradual y progresivo y hoy (23 de Mayo) se encuentran las heridas casi completamente cicatrizadas, siendo de notar que se ha cerrado la hendidura que quedó en el sitio de la pérdida de sustancia ósea por crecimiento de los fragmentos: en ese punto existe actualmente una depresión y á través de la cicatriz se percibe la soldadura de los fragmentos. La hemiplegia ha desaparecido completamente, así como la atrofia: las funciones intelectuales se encuentran en estado normal y sólo se queja de cierta pesadez de cabeza y ligeros desvanecimientos.

Antes de terminar este asunto vamos á discutir brevemente una cuestión importante, la oportunidad de tiempo para practicar esta clase de operaciones. ¿Deben emprenderse en el momento de ocurrir el accidente ó á lo sumo en los primeros días, después de sobrevenir la reacción; ó debe aguardarse al período de supuración bien establecida y de eliminación de las escaras? ¿En otros términos, las operaciones para levantar los huesos del cráneo hundidos, deben ser primitivas ó consecutivas?

Desde luego puede decirse que en los primeros momentos toda intervención activa sería perjudicial al paciente y mientras duren los fenómenos de conmoción nada puede emprenderse. La razón es tan evidente que no necesita más que enunciarse: la conmoción cerebral es tan grave por sí; que á poco que se aumentase con una operación cualquiera, el sujeto sucumbiría de seguro.

Cuando la reacción febril traumática aparece y se inicia la meningitis, después que han pasado tres ó cuatro días del accidente, es el momento oportuno de practicar la trepanación ú operación análoga para levantar los huesos hundidos: lejos de perjudicar al paciente debe mejorar su situación evitando los fenómenos de compresión. Para seguir esta conducta en la práctica hay una grave dificultad, la

del diagnóstico, que no todos estarán en el caso de vencer con el acierto necesario antes de emprender una operación grave. En los primeros momentos se aprecia desde luego que hay hundimiento y fractura, pero es difícil determinar la extensión, punto esencial para obrar. La dificultad estriba en que al producirse un hundimiento arrastra el cuerpo contundente por delante la piel del cráneo que tiene mucho espesor y es un obtáculo para determinar claramente la situación de los huesos fracturados y hundidos. Sólo cuando pasan muchos días y se establece la supuración y se eliminan las escaras es cuando se ve claro; pero entonces la gravedad de la meningitis detiene á cualquiera de intervenir y no hay otro recurso que aguardar á la remisión de los síntomas inflamatorios.

CRÓNICA

Congreso ginecológico español.—Cuando vea la luz el presente número, ya habrán terminado las tareas de esta Asamblea, cuyas luminosas discusiones han de contribuir al progreso de la ciencia.

La provincia y el Municipio de Toledo tienen allí digna representación en los Sres. D. Venancio Ruano, D. Tomás Moreno, D. Antonio Sánchez Morate y D. Eustasio Salvadores, que según nuestras noticias, han tomado una parte muy activa en los trabajos científicos, discusiones y deliberaciones del Congreso. Damos por ello nuestra enhorabuena, así á los interesados como á las corporaciones que les han confiado tan honroso encargo, y muy especialmente al Sr. Ruano, que ha obtenido el puesto de Secretario en la Sección de Pediatría (enfermedades de los niños).

Por nuestra parte teníamos el propósito de asistir también; pero ocupaciones perentorias de la profesión nos lo han impedido y sólo un día (el 24 de Mayo) pudimos concurrir á la sesión por breve espacio de tiempo.

Dada la índole de nuestra publicación, no pensábamos ocuparnos de dar á conocer las tareas del Congreso, seguros como estamos de que otros colegas más autorizados han de hacerlo; pero ya que en el breve espacio de tiempo que asistimos tuvimos la suerte de que hablase nuestro querido maestro el Dr. D. Francisco Alonso, Decano y gloria de los tocólogos españoles, nos creemos obligados como un homenaje del respeto y cariño que siempre le hemos profesado por el beneficio que nos dispensó con su enseñanza en las aulas á reseñar la comunicación oral que hizo con la brevedad que nos impone la falta de espacio.

Empezó diciendo que no siempre han de ocupar la atención del Congreso los problemas arduos y sublimes del arte, y que para dar amenidad y variedad á las tareas convenía llamar la atención sobre lo fácil y lo trivial, que no por ser demasiado sabido deja de tener importancia. En tal concepto se iba á ocupar de un detalle del parto, de la posición de la mujer, cuestión importantísima, pues en los partos fisiológicos constituye la labor más esencial de las encomendadas á la dirección del tocólogo. La posición puede ser horizontal y por punto general es la preferible; pero hay casos en los partos fisiológicos en que conviene cambiarla por la vertical y otras en los que conviene el sillón de parir: tal sucede, por ejemplo, en las estaciones frías, la acción de esta causa produce espasmos en la matriz que retardan el parto y hasta lo pueden hacer difícil y se evita sin más que hacer acostar á la parturiente: en las lesiones del corazón ó de los grandes vasos conviene, por el contrario, la posición vertical para evitar las compresiones del diafragma sobre la cavidad torácica; en las mujeres endebles de constitución ó cuyas fuerzas estén agotadas por consecuencia del trabajo conviene el sillón de parir.

Entrando en otro orden de consideraciones, en aquellos partos en que siendo buena la presentación y posición hay oblicuades en el útero, dijo, que sin más que la posición se hace terminar bien un parto, que de otro modo se haría distócico: si la oblicuidad es anterior, conviene el decúbito dorsal: si posterior el abdominal, y laterales derecha ó izquierda, si la oblicuidad es izquierda ó derecha.

En las presentaciones transversales diagnosticadas por la palpación de las paredes abdominales y la altura de la presentación antes ó en el momento de romperse la bolsa de las aguas, puede conseguirse el cambio de presentación sin más que colocar á la parturiente en una posición conveniente, que será el decúbito lateral derecho si la cabeza está á la izquierda y viceversa.

El decúbito genu-cúbito pectoral conviene (decúbito sobre las rodillas, los codos y pecho) en las procidencias del cordón para hacer la reducción con los dedos, y sin necesidad de ningún instrumento, en las presentaciones complicadas con procidencia de un brazo ó de un pie y en las versiones podálicas cuando no pueden efectuarse en la posición clásica.

Por este breve resumen de la comunicación oral de nuestro querido maestro, puede comprenderse que aunque presentada con las modestas apariencias de un detalle del parto es una cuestión importantísima, que revela al maestro consumado, y como decía muy bien el Dr. Candela, Catedrático de Obstetricia de Valencia, no se sabía qué admirar más á sus años, si el vigor intelectual para elegir un tema digno de la atención del Congreso ó la manera admirable de exposición, con frase correcta, clara, precisa y siempre metódica como en los mejores días de su magisterio.



Suscripción: Por un año..... 6 pesetas

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

Consulta del Doctor Gallardo

sobre enfermedades de Cirugía y especiales de la mujer, todos los días de una á tres, calle de Santa Justa, núm. 1, y para los pobres, de nueve á diez, en el Hospital de la Misericordia.

ANUNCIOS

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

**75 céntimos de peseta la botella de litro con casco
en toda España**

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

**POR BOURNEVILLE, Médico de Bicetre, y BRICON, Doctor
en Medicina**

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

Forma un tomo en 8.^o de XL-224 páginas esmeradamente impreso en excelente papel con 15 figuras en el texto.

PRECIO: 2,50 pesetas.—Véndese en esta Administración, Maese Rodrigo, 38 (Sevilla) y en las principales librerías.