

Reducida ésta, hasta há pocos años, á la tactación por la vagina, por el recto ó, finalmente, y en el menor número de casos, por la vejiga; vulgarizados los decúbitos dorsal y lateral; cón un arsenal numerosísimo de espéculos, apenas dignos de figurar, la mayor parte, en los museos históricos, por la variedad, número y autor que unía su nombre al instrumento, que, por las ventajas y resultados que con su empleo se obtenían.

Hoy día, el examen local, tiene muchísima importancia. El mueble que se emplea para la exploración ú acto operatorio, responde por las modificaciones y cambios de que es susceptible, á todas las prácticas que reclaman un perfecto examen local ó una técnica operatoria. Desde la posición de pie, al decúbito dorsal simple, al dorsal modificado (talla) al dorso sacro, dorso sacro-declive (*Trendelenburg*), lateral y genu-pectoral, corresponden estas diferentes actitudes á las necesidades de una perfecta mensuración, percusión, auscultación, palpación simple y combinada y diversas tactaciones simples y combinadas.

Del antiguo arsenal de espéculos, usamos hoy día, en pocos y determinados casos, los modelos *Fergusson y Cuscó*, vulgarizando como más prácticos y de difícil reemplazo, los de *Sims, Simon, Neugebauer, Barnes y Fritsch*.

La fijación y descenso del cuello uterino, el empleo de los diversos histerómetros simples ó combinados según las circunstancias, la dilatación gradual ó forzada del cuello uterino, la tactación intra-uterina, el raspado explorador, la excisión exploratriz de la porción vaginal del cuello, ámbos medios los dos últimos, para evidenciar un diagnóstico dudoso; en pocos y muy excepcionales casos, la punción abdominal ó vaginal, son otros tantos medios de exploración ginecopática que, en totalidad ó en parte deben utilizarse, según los casos, para un acertado diagnóstico.

Un solo recurso rechazamos, porque no creemos tenga justificación, como simple medio de diagnóstico: nos referimos á la Koiliotomía.

INFLAMACIONES DE LOS ANEXOS.—El conocimiento científico

moderno basado en la experimentación y en la clínica, ha permitido, sea completamente nuevo, el capítulo de las inflamaciones de los anexos. Indesligables en el terreno clínico, la salpingitis y la ovaritis, salvo los casos de simple salpingitis catarral, ofrecen dos grandes tipos que, pueden perfectamente oponerse, según la infección sea estreptocócica ó gonocócica. Difieren, no sólo por su carácter microbiano, sí que además, por su patografía, modificaciones histológicas, lesiones que ofrecen y hasta por su pronóstico. No pretendemos, con lo dicho anteriormente, negar la posibilidad de que existan otras especies microbianas; pero, sea por su rareza, sea por su inocuidad, ya que la infección secundaria no modifica las lesiones resultantes de la primera infección, el hecho es que, salvo el bacilo-coli, dando cuenta, según las últimas observaciones, de las adherencias intestinales que las lesiones salpingo-ováricas ofrezcan, todos los demás agentes tienen una importancia secundaria.

Interesantísimo, es el estudio de las lesiones de la mucosa y contenido de la trompa, pudiéndose llegar á la demostración, de no ser siempre exigida una intervención quirúrgica ya que, con los recursos farmacológicos y locales, cabe la curación.

La endosalpingitis, por extensión del proceso inicial en la zona uterina, tiende á correrse hasta el extremo abdominal del conducto tubárico, abarcando la zona peritónica que, recubre sus franjas hasta el mismo repliegue falciforme, estableciéndose adherencias que obliteran el orificio que éstas limitan. La presión concéntrica que determina la capa muscular y los trastornos vasculares, procuran que, las franjas del pabellón se agranden y ramifiquen; la infiltración celular distiende el tejido conjuntivo separando las superficies epiteliales, y da en conjunto un aspecto globuloso, derivándose la forma vegetante. No todas las franjas del pabellón apréstanse á tomar un desarrollo considerable; sea por presión recíproca, por la presión del líquido que distiende la trompa, por los cambios circulatorios y por la extrangulación que sufre la mucosa por efecto de la capa muscular, sólo algunas siguen tomando incremento, resultando las más, reducidas á serie de mamelones.

El proceso flogógeno determina sobre el epitelio una descamación rápida. En las endosalpingitis blenorragicas, la descamación es tan súbita que, el tejido conjuntivo queda al descubierto; pero en las producidas por el estreptococcus, sucede lo contrario; el reemplazo epitelial es más veloz que la descamación, hallándose serie de capas estratificadas de células epitelicas.

El contenido de la trompa puede ser: sangre, serosidad ó pus, dando lugar á las variedades anatómicas de hemato, hidro y pyosalpingitis; y las lesiones de la capa muscular por la influencia microbiana y la mecánica por distensión de la trompa, como á su vez las lesiones vasculares, completan el cuadro anatómico, con diferencias suficientes para distinguir el fondo panspérmico, resultando en suma que, las fases anatómicas sucesivas son: congestión é hipertrofia; atrofia y esclerosis.

Las lesiones ováricas, acompañan constantemente á las de la trompa, conforme viene demostrándose hoy día. La anexitis determinando síntomas de ovaritis, favorece la dilatación y multiplicación de las redes vasculares; las células flogoseadas infiltran el tejido celular, penetran en pequeño número en el estroma del ovario y hállanse á lo largo de los vasos. El órgano se hipertrofia principalmente en la capa ovígena; los ovisacos aumentan de volumen; unos pocos, aumentan, por modo extraordinario, mientras los demás se atrofian, y esos pequeños quistes foliculares pueden contener sangre, serosidad ó pus. La face anatómica resulta igual á la de la trompa, porque después del período de hipertrofia y proliferación, por las modificaciones vasculares y el transformismo del tejido conjuntivo en fibroso comprimiendo los vasos tejido-muscular y filetes nerviosos, resulta la atrofia y degeneración, ó sea, el proceso que conocemos con el nombre de ovaritis escleroquística.

La pelvi-peritonitis aguda en sus diversas modalidades clínicas, principalmente, en las formas supuradas, como también, la pelvi-celulitis aguda, en particular, cuando es circunscrita, determinando el flemón del ligamento ancho, el vésico-terino y el retro-uterino, son otras de las tantas lesiones,

que, lo propio que los demás procesos infectivos de los ovarios y de las trompas, pueden algunas veces con los medios generales y locales que la terapéutica farmacológica nos proporciona, curar por completo.

De nuestros tiempos es, el saber apreciar la diferenciación de esta serie de afectos, y la aplicación del reposo absoluto, revulsivos, duchas calientes, masaje, dilatación del cuello uterino, raspado del propio órgano, faradización, galvanismo, etc., etc.; pero si las lesiones se hacen progresivas, si las molestias se hacen incompatibles con la vida ordinaria ó posición social, deben abandonarse los procedimientos conservadores y adoptar la intervención oportuna.

La práctica quirúrgica, de aplicación á dichos procesos, es la siguiente: simple ruptura de las adherencias y dilatación de la trompa sin extirpación alguna y expresión del contenido moco-purulento de la trompa en la forma profluente, como aconseja *Polk*; la salpinguectomía ó la salpingo-oforectomía, si al proceso de la trompa, acompañen lesiones ováricas, cuando por los dolores agudos, fiebre accesional y examen combinado, se demuestre evidentemente, la existencia del hidro-hemato ó pyosalpinx, degeneración esclero-quística ó salpingitis tuberculosa primitiva; la punción seguida de aspiración, la abertura del foco purulento con drenaje consecutivo por la vía más aparente, sea abdominal, vaginal, sacra, etc.; la laparotomía pre-peritoneal y la misma Koiliotomía en los casos de pelvi-peritonitis, pelvi-celulitis y hematoceles pelvianos.

Es de vital interés, aun, en el presente momento histórico, el problema de la extirpación unilateral ó bilateral de los anexos, aun cuando se hallen sanos, los del lado opuesto al que motiva la intervención laparotómica.

Al parecer, habiendo hecho muchos prosélitos la idea de la extirpación doble, á pesar de las posibilidades de una invasión flogógena, que más ó menos tarde pudiera reclamar la intervención, entiendo que, éticamente planteado el problema, y cumpliendo el Profesor con los deberes que le imponen el sagrado ejercicio de la profesión, medios tiene á su alcance, para prevenir una repetición del proceso, sin que, apoyándose

en la benignidad relativa de la castración bilateral, y á fuer de hombre despreocupado, exponga á la mujer á la triste herencia — ya que con la extirpación acabó la de su especie— de la histeria y encefalopatías de carácter psíquico, mil veces de peor orden transcendental que, las molestias primarias, origen de la intervención operatoria.

La generalización de las operaciones de *Batley* y *Lavvson Tait* á los casos de trastornos menstruales, y en particular á la dismenorrea dolorosa (1), no tienen, en nuestro concepto, verdadera justificación, mientras no haya evidentes lesiones que puedan autorizarlas.

La castración uterina, ó sea la histerectomía vaginal por secciones ó trozos, según ha ideado *Peau*, para combatir las supuraciones pelvianas, por creer que, la láparotomía en estos casos puede ser impotente y hasta peligrosa, aplícala, este ilustre cirujano, á los casos de salpingitis abiertas en cavidad vecina, á las pelvi-peritonitis difusas y á las salpingitis supuradas con inmovilidad uterina acompañadas de infiltración de los tejidos vecinos, placas, bridas, cordones fibrosos y adherencias que modifican la estática uterina, vexical é intestinal.

No hay ginecólogo que, á pesar del cuadro clínico, respetable, y á veces lúgubre, que ofrecen los procesos supurados de la zona pélvica, no cuente buen número de curaciones, sin necesidad de haber intervenido quirúrgicamente en unos casos ó con las diversas técnicas antes manifestadas, en otros. Aun en las circunstancias de hallarnos con grandes masas de exudados, practicando con habilidad la decorticación, lógrase alcanzar el foco principal; y aun dado el supuesto caso de que, haya absoluta imposibilidad de poder llegar á dicho foco, debiendo renunciar á la terminación completa de la operación, el lavado peritónico, permite la resolución de los exudados, facilitándose de esta manera para lo porvenir, una segunda laparotomía que, permita la extirpación completa del saco puru-

(1) No sólo se han empleado las operaciones de *Batley* y *L. Tait* para combatir la dismenorrea, sino que, además, en los casos de histero-epilepsia, espasmos convulsivos y trastornos de orden mental dependientes de irritación ovárica ó de la existencia de ovarios con ausencia del útero.

lento, sin necesidad de privar á la mujer del útero, ni exponerla á los peligros de esta intervención, que en las circunstancias de una sínfisis gérito-intestinal, puede ocasionar graves contratiempos.

TUMORES DE LOS ANEXOS.—El conocimiento perfecto de las neoplasias cistomatosas ó sólidas que radican en las zonas de los anexos, sea en el mismo ovario, trompas, ligamentos, peritoneo pelviano, etc., etc., ha permitido, desaparezca, toda duda, toda vacilación, y sea aceptado el tratamiento radical, desde los primeros momentos, ó sea, tan pronto quede reconocida su existencia.

Abandonadas por perjudiciales la punción simple, la punción seguida de inyección yodada, la electrolisis y el drenaje, á través del abdomen ó de la vagina; restringidas cada día más y más, las contraindicaciones para la intervención radical, ya que sólo quedan la influencia de enfermedad extraña al tumor y necesariamente mortal y la evidencia de tratarse de una neoplasia maligna, por completo encajada en el suelo de la pelvis, sin movilidad, y con la caquexia notoria de la índole del proceso, claro está que, los procedimientos fáciles, positivos y rápidos que el arte nos proporciona hoy día, permiten, si aprovechamos las ventajas de una intervención prematura, una benignidad no ya relativa, casi absoluta.

La laparotomía previa, para proceder á la extirpación del tumor, sea cual fuere el punto de los anexos donde esté implantado; la facilidad de vencer las adherencias que existieren; la decorticación de la cápsula que le envuelve según los casos, para de esta manera, al respetar los órganos, evitemos ulteriores traumatismos; la marsupialización cuando el volumen y las adherencias con los órganos inmediatos imposibiliten la extirpación total; el buen criterio del Profesor, terminando la operación con pedículo intra-peritoneal abandonándole, ó para mayores garantías ulteriores, emplear el procedimiento de pedículo extra-peritoneal, ó la técnica mixta; el lavado peritoneico sin substancias con poder germicida, con el rigorismo aséptico que hoy día empleamos; la rapidez operatoria salvando todos los escollos que en el decurso de la operación puedan

originarse, hasta el extremo, de no ser obstáculos, la supuración, degeneración del quiste y la peritonitis intercurrente; el drenaje, sólo en determinados casos, y como nota excepcional; la perfecta unión de las partes divididas dentro de la similitud exigida; tales son, las bases artísticas, de la intervención radical, para las neoplasias de los anexos.

La asepsia perfecta, regulada oportunamente en sus diversos aspectos: fisiológico, físico-químico y hasta en determinados casos mecánico, privando la entrada de los gérmenes patógenos é impidiendo, además, la constitución de medios de cultura, nos dará, las garantías de éxito en toda operación abdominal; pero, si por desgracia, asoma la infección, desarrollándose el cuadro de la peritonitis séptica, dadas las circunstancias de oportunidad morbosa y fácil difusión por las vías sanguíneas y linfáticas que ofrece el peritoneo, renunciemos á la reabertura del vientre para combatir este gravísimo accidente, seguros de que, el éxito no coronará nuestros esfuerzos, por la ineficacia de los medios de que disponen actualmente la cirugía y la terapéutica farmacológica.

ANOMALÍAS DEL ÚTERO.— Nada particular puede añadirse, hoy, al conocimiento y aplicaciones prácticas de los hechos resultantes de defectos de desarrollo de este órgano. En cambio, las anomalías que resultan por: oclusión, estenosis, atrofia, hipertrofia y rasgaduras del cuello uterino, tienen las aplicaciones artísticas que cada una reclama, vulgarizadas en nuestros días. La oclusión, sea congénita ó adquirida, con los estudios demostrativos de las lesiones secundarias que, por las zonas de los ovarios y de las trompas se establecen, como compensación de los fenómenos mecánicos que á la larga acarrear, es indudable que, con los recursos operatorios que antes se empleaban, y que hoy utilizamos, podrán vencerse los obstáculos y lograr éxito completo, si la obliteración es baja; pero si, la lesión es uterina y de antigua fecha, es muy probable, que las colecciones sanguíneas de las trompas, pudiendo acarrear una ruptura de las mismas, y la consiguiente peritonitis, deba meditarse si la intervención por la vía vaginal será suficiente para vencer todos los obstáculos, ó, en definiti-

va, conviene practicar la laparotomía para la extirpación del hematometra, como quizá, puede reclamar con más frecuencia el propio proceso, cuando es unilateral, por la existencia de canal genital doble.

Los procederes de dilatación mecánica, dilatación cruenta de los orificios externo, interno y todo el canal cervical, bastarán á veces para corregir la estenosis del cuello; pero como el resultado no es duradero por la natural tendencia á cicatrizar que tienen los tejidos traumatizados, entonces, en preferencia á la discisión que, resulta insuficiente y siempre altera la normalidad de forma, practicamos la excisión en forma de cono.

Para corregir la hipertrofia del cuello uterino, hemos abandonado el método antiguo, los de *Sims* y *Hegar*, siendo preferible la excisión en forma de cono, previa la constricción propuesta por *Martin*, ó la amputación cuneiforme de cada labio, por el procedimiento de *Schröder*.

La rasgadura del cuello uterino consecutiva á un parto, por lo común, se ofrece adelante y á la izquierda del cuello. Cuando, en este caso, existe ectropión de la mucosa con catarro del cuello, con ó sin subinvolución, y la mujer sufre frecuentes neuralgias, es conveniente practicar la operación de *Emmet* ó la llamada traquelorrafia, pudiendo prescindirse de su ejecución, si el desgarro, aunque profundo, no proporciona molestias, ya que en este caso como en otros correspondientes á diversos afectos uterinos de carácter estático, demuéstrase más habilidad, teniendo la virtud de abandonar el caso, que verificando un acto operatorio que, pudiéramos llamar de simple efecto plástico y estético.

INFECCIONES UTERINAS.—El estudio de esta serie de procesos, en sus diversas formas y modalidades clínicas, ha sido reconstruido en nuestros tiempos por el concepto etiológico y patogenético que, informa nuestra doctrina.

No debe extrañarnos la posibilidad de que, en un porvenir próximo, disminuyan considerablemente en número, las endometritis y metritis en sus formas aguda y crónica, porque extremando los medios higiénicos con el lavado vulvo-vaginal

que debe aconsejarse á todas las mujeres, restamos elementos, causa positiva de gran número de estos afectos.

Aparte de las formas metrícticas agudas de origen puerperal—por infección simple y por retención,—deben estudiarse: la espontánea, traumática, blenorragica y resultantes de procesos infecciosos agudos, como v. g., la fiebre tifoidea, reumatismo, etc., etc. Salvo las modificaciones terapéuticas emanadas del concepto patogénico, los medios clásicos del tratamiento, empléanse hoy día, siendo rara la intervención quirúrgica y sólo aplicable á los casos de retención de productos ó de gran número de exudados patológicos.

La forma endométrica crónica, en sus diversas variedades, es uno de los afectos que reclama la atención más seria, por haberse olvidado hoy día la aplicación de la hidroterapia, agentes farmacológicos, medios locales, curaciones intra-uterinas, electricidad, cáusticos, etc., para no emplear y no creer en otro tratamiento que, en la operación del raspado.

La generalización de este recurso operatorio, á todas las formas, indica en nuestro concepto, un desconocimiento absoluto del proceso y de la índole de las lesiones que acarrea. Paso por alto que, en las exageraciones dominantes hoy, practicase alguna vez en las circunstancias de concomitancia celulítica ó peritónica, cuando, en nuestro concepto, tan preciosa intervención en las formas fungosas y glandulares, proporciona brillantes resultados.

La limitación del proceso al cuello, determinando las formas crónicas de endocervicitis, al fracasar los medios clásicos del tratamiento local con motivo de una abundante formación glandular, ó por una proliferación adenóidea de la mucosa, hechos que modifican el parénquima del cuello—recordando que dichas lesiones son muy sospechosas—debe procederse á la excisión de la mucosa practicando la operación de *Schröder*, ó combinándola con la traquelorrafia, siendo raro esté indicada la amputación alta ó supra-vaginal del cuello.

La metritis parenquimatosa crónica, á los recursos farmacológicos conocidos, hidroterapia y demás medios locales, añade hoy día, para su curación, el empleo del masaje, inyec-

ciones intersticiales, igni-puntura, la amputación del cuello uterino, y hasta como excepción, la misma histerectomía.

ESTÁTICA PATOLÓGICA DEL ÚTERO Ó ANOMALÍAS DE POSICIÓN.
—La práctica hasta hace poco observada para corregir los cambios de relación del útero caracterizados por versión anterior ó anteflexión, reduciáanse simplemente á la aplicación de pesarios, continuándose hoy, en la lista de medios, además de los oportunos para combatir la endometritis, celulitis, etc., intercurrentes, el masaje, electricidad, dilatación y tallos uterinos. Si la oportuna aplicación de estos distintos recursos no proporciona alivio, y no existe contraindicación notoria, se preconizan las siguientes operaciones: la discisión del orificio interno, la incisión longitudinal del labio posterior del cuello, la excisión parcial ó total del propio labio y la histeropexia vaginal. Permitidme juzgue—salvo la dilatación y la discisión—la mayor parte de estas intervenciones plásticas y otras similares, como ilusorias, inútiles y hasta peligrosas.

Las retrodesviaciones en su modalidad simple, reclaman la reducción manual ó instrumental, reposo, duchas vaginales calientes y el taponamiento vaginal. Si estos recursos no proporcionan resultado, debe apelarse al empleo de pesarios, *ad hoc*, ó en definitiva, al tratamiento quirúrgico. Hoy día, quedan abandonados los procedimientos siguientes: cauterización de la pared vaginal del lado opuesto á la desviación, fijación vaginal del cuello sin amputación del mismo, acortamiento de la pared vaginal anterior y fijación del borde uterino superior al fondo de saco véxico-vaginal.

Háanse indicado últimamente: la operación de *Alexander* ó sea el acortamiento de los ligamentos redondos, la histeropexia trans-peritoneal y la histeropexia abdominal ó ventro-fijación del útero.

Las retrodesviaciones complicadas de afectos flogógenos, ó de prolapso uterino, reclaman, las combinaciones quirúrgicas convenientes, ó sean: las primeras, el raspado con ó sin amputación del cuello para atender luego al proceso ectópico; y las segundas, la colporrafia, operación de *Alexander*, etc.

Las retrodesviaciones irreductibles, pueden reclamar, la la-

parotomía, seguida de destrucción de las adherencias, y en algunos casos por hallarse enfermos los anexos, procedemos á su ablación, habiendo conseguido éxito completo en tres ejemplares en que hemos empleado esta técnica.

A la lista de operaciones enumeradas, podemos añadir: el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos, anchos, útero-sacos; la colpohisteropexia pelviana de *Freund*, y la histerectomía vaginal. Es indudable que, esta serie de tentativas operatorias, dignas del mayor interés por el estudio y aplicaciones que representan, no responden los resultados, á lo que aparentemente nos prometíamos obtener, no siendo raro, como por desgracia hemos comprobado, se reproduzca la desviación, á mayor ó menor fecha del acto operatorio. La histerectomía vaginal, en nuestro concepto, no tiene verdadera justificación.

El prolapso del útero, acompaña-se de descenso vaginal é hipertrofia del cuello, siendo simultáneos estos hechos, y exigen, indicaciones mancomunadas; alcánzase la histeroptosis completa, cuando el órgano por relajación de los ligamentos, sale fuera de la vulva. Empleábanse sólo los medios paliativos con la aplicación de los pesarios, y hoy día, se ha generalizado el masaje. Sin embargo, para la curación radical, debe apelarse al repertorio de operaciones plásticas que, deben amoldarse á las condiciones del prolapso.

El raspado del útero y la amputación del cuello, como operaciones previas, á la colporrafia ó elitrorrafia anterior y á la perineoplastia; si hay rectocele, y colpocele posterior, debe practicarse la colporrafia posterior, asociando la perineorrafia, si el periné no está íntegro; si existe rectocele con colpocele limitado, sin descenso pronunciado del útero, debe darse la preferencia á la colpoperineoplastia, y si el descenso es mediano, además de la colporrafia, se recomienda el acortamiento de los ligamentos, procediéndose á la práctica sucesiva de las siguientes operaciones: raspado, resección del cuello, colporrafia anterior, colpoperineorrafia y acortamiento de los ligamentos redondos.

Conste que, ni del acortamiento de ligamentos, ni de la

histeropexia abdominal, se obtiene éxito completo; sus efectos son incompletos y transitorios.

Cuando la mujer ha rebasado la fecha de la menopausia, puede emplearse la colpocleisis, y si la histeroptosis es antigua é irreducible, por excepción, la histerectomía vaginal.

La inversión del útero, aunque de origen puerperal, en su forma crónica, sea consecutiva, á hecho agudo irreducible ú obtenida lentamente, sea complicada de fibroma, reclama siempre la taxis, por antiguo que sea el proceso.

Si la taxis realizada por presión pedicular, no da resultado, debe apelarse á la aplicación de un apósito antiséptico que realice presión continua; á la reducción, previa laparotomía, y en definitiva, á la ablación parcial ó total del útero por histerectomía, aplicando la ligadura elástica, ó á la histerectomía total.

La inversión con complicación fibromatosa, reclama primero, la extirpación de la neoplasia, un buen tocado uterino para realizar la taxis, y si ésta no es conveniente ó posible, debe procederse á la histerectomía parcial ó total.

NEOPLASIAS DEL ÚTERO. — Los fundamentos científicos de este importante capítulo de la patología uterina, aunque bien conocidos y bien formuladas las indicaciones del arte para las intervenciones, hasta estos últimos tiempos no han resultado las aplicaciones oportunas y seguras para la operación radical, sea en unos casos, la indicación, resultante de la marcha natural del proceso por su avance sindrómico y manifestaciones que acarrea, sea en otras, por el carácter, índole y fatal terminación que, la evolución progresiva de la neoplasia determina, si el arte no interviene con la debida oportunidad.

Compréndense dentro del primer grupo, los miomas, fibromas y fibro-cistomas, en sus diversas implantaciones, con sus variedades de pequeños, grandes, blandos, duros, edematosos, telangiectásicos, y complicados con diversas degeneraciones.

Ni las medicaciones farmacológicas, influencia atrófica de la menopausia, tolerancia del organismo cuando existen estas producciones, raspado uterino, y electrolisis con los pe-

ligros á que ésta puede dar lugar, son medios de acción potente; pero teniendo en cuenta y razón, las manifestaciones sindrómicas de carácter hemorrágico, cuando el proceso es intersticial, compresivo por el crecimiento rápido y progresivo de la neoplasia en las formas mixtas ó cisto-fibromatosas, la inflamación de que puede ser asiento el tumor y tejidos inmediatos, gangrena, infección del organismo, etc., como complicaciones de importancia originadas por el mismo tumor, claro es que, el tratamiento quirúrgico viene reclamado, quizá, con más fundamento, por las manifestaciones sintomáticas é intolerancia del organismo, que por verdadera manifestación causal.

La extirpación vaginal, cuando el mioma tiene pedículo intra-uterino, sea el hecho simple, ó acompañe á la neoplasia la inversión del órgano, son operaciones realizadas desde remotos tiempos, y hoy hemos mejorado la técnica, en particular en el segundo caso, atacando la base de implantación con el bisturí para desencapsular el mioma, practicando luego la sutura del órgano y taponándolo.

Enemigo de la castración ovárica para combatir las hemorragias de los miomas, ni á título de inventario, puede aceptarse, como tan acertadamente consigna *Pean*. Operación que, resulta en estos casos difícil, da gran cifra de mortalidad, y es sólo paliativa, á vuestra penetración no escapan, las legítimas excusas que informan mi criterio.

Cuando el mioma es cavitario, sea ó no pediculado, reclama la histerotomía vaginal por los procedimientos de *Pean* ó de *Doyen*, preferentemente este último, al objeto de separar el mioma por secciones escalonadas hasta que se haya extirpado toda la neoplasia, suturando luego y aplicando un tapón.

Por excepción, podrá darse el caso de que, con la simple colpotomía, pueda extirparse un fibroma pediculado de la pared posterior ó anterior del útero, como han verificado *Czerny*, *Desvern* y *Caselli*.

Los casos de fibro-miomas subperitoneales de evolución abdominal, reclaman, la miomotomía y la histero-miomotomía por laparotomía. La primera, resulta tan similar á la ovario-

tomía, que el pedículo se trata del propio modo; y la histeromiomotomía por fibromas no pediculados que forman relieve en la superficie peritoneal, sean de implantación uterina ó hállese alojados en los ligamentos, con la simple incisión, desencapsulando la neoplasia, suturando después, permitirá intervenciones de carácter tan conservador.

No siempre los procedimientos conservadores enumerados, pueden ejecutarse, por virtud de ser múltiples los fibromas, intersticiales, de gran volumen, hallarse enclavados en el suelo de la pelvis, etc., y entonces, debemos apelar á la histerectomía supra-vaginal, previa laparotomía, ó á la histerectomía total previa colpotomía.

Si alguna duda asaltare acerca el progreso ginecológico de nuestros tiempos, bastaría enumerarse la serie de procedimientos ideados para la técnica de la histerectomía abdominal, en sus dos métodos fundamentales: con pedículo ó amputación supra-vaginal del útero é histerectomía total.

Partidarios, por convicción, del primer método, por no registrar un solo caso de muerte en las numerosas intervenciones practicadas, conste que no siempre el deseo del ginecólogo puede conseguirse ya que la imposibilidad de pedicularizar el tumor uterino suturándolo á la pared abdominal, exige imperiosamente el tratamiento intra-peritoneal, ó el método mixto, de la secuestación retroperitoneal del muñón con drenaje abdominal, ó la fijación retroparietal con drenaje vagino-abdominal, que, con perdón de los datos numéricos publicados, los resultados definitivos, no abonan del todo su adopción. Preferible es, en nuestro concepto, la histerectomía total por la misma vía abdominal, quizá á la propia operación por la zona de los genitales, por la mayor seguridad en el acto quirúrgico y la posibilidad de evitar por esta vía, complicaciones ulteriores de carácter grave que pueden derivarse por la técnica vaginal, como v. g., en los fibromas intra-ligamentarios.

Es indudable que, la histerectomía total por el abdomen, será el método operatorio del porvenir, en preferencia á los procederes de *Pean* que recientemente ha formulado las indi-

caciones y técnica de la histerectomía abdomino-vaginal, á los de *Kæberlé* y *Chaput*, modificaciones del primitivo de *Delpech* de la histerectomía total vagino-abdominal, y al mismo de *Monlanguet* (1), también por proceder vagino-abdominal total.

Hoy por hoy, quizá el procedimiento de *Doyen* es el más rápido, á pesar de los reparos por las contingencias hemorrágicas y las dificultades para la hemostasia de las arterias uterinas; pero las últimas modificaciones aportadas á su técnica (2), resuelven el problema de la hemostasia por modo definitivo, seguro, y no quedan tejidos magullados con probable destino á la mortificación, y causa de ulteriores complicaciones septicémicas.

A los procederes citados de histerectomía total por el abdomen, podemos añadir el de *Richelot* (3), y el de *Le Bec* (4), por ligaduras, aplicable á toda clase de fibromas.

Los tumores malignos del útero, cáncer y sarcoma, tratados hasta reciente fecha por modo paliativo, son los que tienen verdadera indicación causal para la extirpación total del órgano. Y, exprofeso, consigno el carácter de extirpación total, porque, limitado algunas veces el proceso á la porción vaginal del cuello, toda contemporización, practicando la amputación alta, resulta en muchos casos inútil, dada la índole reproductiva generalizadora, sin que á primera vista, por los signos físicos, puedan apreciarse lesiones que justifiquen la intervención completa. De ahí que, la curación radical debe emprenderse pronto, y siempre que resulte demostrado por examen clínico atento, no están invadidos los tejidos peri-uterinos.

La curación paliativa debe quedar hoy día, para los ejemplares clínicos en que, el proceso ofrece propagación, el útero se halla inmóvil, y haya invasión vaginal, rectal y vexical, abandonando las prácticas de *Mikulicz* y *Pavvick* que persi-

(1) Monlanguet. — *Congreso francés de cirugía*, 21 á 29 Octubre de 1895.

(2) Fargas. — *Annuario de la clínica*, 1895.

(3) Richelot. — *Sociedad de cirugía*, Abril 1895.

(4) Le Bec. — *Annales de ginecologie*, Noviembre 1895.

guen dichas neoplasias degenerativas, extirpando el útero y tejidos inmediatos, previo el cateterismo de los uréteres.

Los procederes de histerectomía total por la vagina ó por el abdomen, son los de preferencia, ya que la índole del proceso, no abona, la amputación supra-vaginal del cuello, ni los métodos de extirpación por las vías perineal y sacra.

INFECCIONES VULVO-VAGINALES. — Estudio reconstruído en estos últimos tiempos por el concepto panspérmico que informa la doctrina patogénica. Procesos por esencia progresivos y de forma ascendente, compréndese la importancia ulterior que pueden ofrecer, porque su marcha devastadora alcanza hasta el peritoneo. La extensión superficial realizase por intermedio de la mucosa, y la propagación profunda, por la zona vascular.

Más frecuente la hetero-infección, sea por una explosión séptica, tocado vulvo-vaginal sin reunir las condiciones asépticas adecuadas, etc., etc., necesítase, para la auto-infección, la sangre como intermediaria, ó los gérmenes sacrófitos, que inofensivos, y depositados de larga fecha en las paredes de la mucosa genital, aguardan sólo, una causa predisponente cualquiera, para demostrar su poder patógeno.

La infección gonocócica tiene su característica evolutiva, por lo rápida es, la extensión y benignidad del proceso en los primeros tiempos, á cambio, de la gravedad de las complicaciones que entraña, para lo porvenir; mientras que la infección estreptocócica, acusando manifestaciones externas de carácter exudativo y supurativo, la propagación se efectúa comunemente por la vía vascular. La acción de los estafilococcus y sacrófitos es más limitada y atenuada, y por último, se observa con mayor frecuencia el proceso bacilar tuberculoso descendente, ó sea la fimatosis vagino-vulvar secundaria, sin negar por ello, la posibilidad de dicha infección primitiva, en tales superficies.

En las diferentes variedades de inflamación vulvo-vaginal, etiológicas, anatómicas y clínicas, el arte, en nuestros días, aporta solamente, el tratamiento profiláctico, y la antisepsia curativa, porque los demás recursos, tanto en las formas sub-

agudas como en las crónicas, salvo ligeras variantes, son los clásicos.

ANOMALÍAS VULVO-VAGINALES.—El perfecto conocimiento embriológico, da la clave anatómica, de la serie de anomalías congénitas que ofrece el aparato genital externo. Salvo los casos de: hemato-colpos, sea la imperforación himeneal vulvar ó retro-vulvar; hematocolpos lateral, falta de vagina, vagina doble, atresias vulvares y vaginales, que el tratamiento es decididamente quirúrgico, en las demás anomalías, el arte es impotente.

FÍSTULAS URINARIAS.—La vejiga urinaria y el recto pueden tener comunicación anómala directa ó indirecta con la vagina, motivando las diferentes formas fistulosas que, etiológica y patogénicamente, se observan en la práctica.

Sean los traumatismos productores de las fistulas, dependientes de los hechos de la parturición, y por lo mismo, tengan carácter puerperal; sean debidos, á circunstancias accidentales, y por completo desligados de los hechos de actividad generadora; sean finalmente, la resultante de traumatismos provocados con fin laudable y de carácter temporal, ó accidentes operatorios, siempre lamentables ó fortuitos, el hecho es que, sólo el tratamiento quirúrgico es aplicable, á pesar de la infidelidad de los diversos métodos y procederes de intervención operatoria.

Es hecho positivo que, algunas veces el éxito, depende del tratamiento preparatorio, y por lo que respecta á técnica operatoria, los procederes clásicos de *Simon*, *Sims* y el antiguo de *Blasius* ó por desdoblamiento autoplástico con insignificantes modificaciones, privan hoy día.

El tratamiento directo por medio de las operaciones plásticas, en la variedad uretro-vaginal simple, realizase hoy día con los antiguos procederes de *Simon*, *Landau*, *Schede* y las modificaciones de *Pozzi*, *Hergott* y *Novaro*. Ultimamente se han descrito procederes de uretero-enterostomía, cistenterostomía y la sutura ureteral á la pared del abdomen, pero son técnicas excepcionales, y quizá, más para descritas que realizadas.

Los métodos indirectos, comprenden: la colpoceleisis, la episiorrafia, la ligadura del ureter y la nefrectomía.

El tratamiento quirúrgico de las fistulas recto-vaginales, además de los métodos de colpo-perineorrafia, desdoblamiento de abajo arriba, obliteración directa por la vagina, procederes distintos de autoplastia (*Sänger, Fritsch, Le Dentu y Heydenreich*) y obliteración directa por el recto, tenemos como método reciente, el de *Segond*, en las circunstancias de hallarse intacto el periné. Consiste, en el descenso y fijación anal del segmento de recto, superior á la fístula, con resección del segmento rectal subyacente.

Las fistulas entero-vaginales, además de los procederes de avivamiento, sutura y autoplastia, procédese, previa laparotomía, á liberar el asa intestinal, obliterando el orificio por medio de la sutura de *Lembert*.

ESTENOSIS Y ATRESIAS CICATRICIALES DE LA VULVA Y VAGINA.
—Encaminados los procederes de intervención á permitir las relaciones sexuales, evitar los accidentes debidos á la retención y los fenómenos reflejos resultantes, empléanse hoy las mismas intervenciones recomendadas desde larga fecha. Sin embargo, débese á nuestros tiempos, cuando existe embarazo intercurrente y las reparaciones vaginales no son completas para permitir la parturición, el empleo oportuno de la laparo-histerotomía y la misma operación de *Porro*.

Cuando la atresia es muy extensa, y no existe vagina, debe realizarse una vagina artificial por el procedimiento clásico, ó por el moderno de *Picque*, que consiste, en una autoplastia por deslizamiento, revistiendo de tegumento, la vagina artificial. Poca confianza nos merecen estas intervenciones, porque dadas las circunstancias anatómicas que concurren en el campo operatorio, es muy difícil obtener un éxito completo.

PERINEORRAFIA.—Compréndese, nos referimos á la perineorrafia tardía, con el fin de restaurar los desgarros cicatrizados del periné.

Las perfecciones en la técnica operatoria son de fecha reciente, y dos métodos merecen nuestras preferencias: avivamiento de superficies por excisión y desdoblamiento ó á col-

gajos. El primero cuenta los procedimientos de *Simon*, *Hegar* y *Emmet*, siendo este último, menos complicado, y de mejores resultados.

El método á colgajos, entre los procedimientos diversos que comprende, merecen mayor atención los siguientes: el de *Lavvson Tait* por colgajo semi-lunar, aplicable á los casos de ruptura perineal sin división muscular importante y sin colpocele; el mismo procedimiento modificado por *Doleris* y conocido con el nombre de colpoperineoplastia por deslizamiento, indicado en los casos de ruptura perineal incompleta con colpocele ó con colpo y rectocele; la colpoperineorrafia de *Hegar*, para los casos de ruptura incompleta con colpocele extenso, y por último, el proceder de *Lavvson Tait* á doble colgajo, para las rupturas completas con traumatismo recto-vaginal. *Doleris*, ha descrito, además, un nuevo procedimiento para las rasgadúras perineales completas, cuya técnica, al parecer, resuelve algún caso en que, el proceder á doble colgajo, no diera resultado.

NEOPLASIAS VULVO-VAGINALES.—Entre las producciones neoplásicas benignas de la vagina y vulva, merecen mayor atención por su frecuencia é importancia, los quistes, fibromas, y elefantiasis que, los papilomas, neuromas, encondromas, etc. Hoy día, los conocimientos anatómo-patológicos, acerca esas producciones, son muy completos y refiriéndonos como ejemplo convincente á los cistomas, distínguense: las variedades traumática, en sus modalidades hemática, hídrica é higromatosa; los quistes pseudo-glandulares, los formados por inclusión operatoria del epitelio pavimentoso, los debidos á ectasia linfática, los gaseosos, y los de origen embrionario sean *Wolffianos* ó *Müllerianos*.

Los quistes fibrosos y elefantiasis, son los tumores que ofreciendo al comienzo indicación convencional para una intervención operatoria, puede llegar el caso de que, los medios conservadores fracasen, por virtud del volumen que ofrezcan, fenómenos mecánicos secundarios, hemorragias, inflamación, septicemia, etc., y entonces, la indicación quirúrgica, pierde el carácter convencional, para convertirla en radical.

Las aplicaciones artísticas, para esta clase de producciones, llevan el sello, del progreso de nuestros tiempos. La extirpación total, la excisión parcial suturando el resto de pared quística á la mucosa de la vagina, y la incisión simple seguida de raspado y taponamiento aséptico, son las técnicas preferentes.

Las neoplasias malignas, cáncer y sarcoma, como afectos protopáticos, son raras. Por la naturaleza de dichos procesos y marcha progresiva, compréndese la necesidad de una intervención radical desde los primeros momentos.

Las omisiones que expreso hemos cometido, y otros puntos complementarios que pudiéramos esbozar, hallan justificación, en las proporciones que daríamos al presente trabajo, en la poca importancia que relativamente tienen, y, por fin, en corresponder algún tema en sus estudios y aplicaciones, á otras especialidades, mejor que, en la ginecopática. •

V

El cuadro comparativo de la práctica ginecológica que acabo de exponeros, como mío, aun que pobre por mi escasa inteligencia, y sin las galas de una bien cortada pluma, aceptadle, como fruto del rudo y cotidiano trabajo del que, avezado sólo á las lides clínicas y preocupándose del fondo capital de los problemas llamado á resolver, ignora ú olvida las formas bellas de la expresión escrita que, al oirlas ó leerlas, seducen y encantan. Permitidme, aún, después de esta sincera declaración, á costa de mayor benevolencia que de vosotros impetro, os manifieste que, algo resta para completar el cuadro, y justo es, le ponga íntegro.

Por modo lento y pausado, á medida que la ciencia ginecológica se enriquecía con las aplicaciones de las modernas doctrinas biológicas; mientras las mayores facilidades para las derivaciones del arte, iban germinando en el campo quirúrgico en general, realizándose los mayores atrevimientos operatorios con absoluta ó relativa benignidad; al repercutir y

generalizarse estas doctrinas y aplicaciones artísticas al campo de la ginecología, todos los Profesores dedicados á esta rama de las ciencias médicas, tanto los de los centros docentes, como los de los establecimientos benéficos, como los mismos dedicados exclusivamente á la práctica particular, todos, aprestáronse á la nueva fase quirúrgica, rivalizando en nuestro país, no sólo en las grandes capitales, sino en provincias y comarcas de menor importancia, en ofrecer en el terreno práctico, prueba fehaciente del adelantamiento y progreso realizado. ¡Libreme Dios de citar nombres, para no incurrir en el grave pecado de omitir alguno! Y como el campo artístico resulta grande, siendo numerosas sus aplicaciones, y el laboreo menudea, no sólo los Ginecólogos dan ostensible prueba de poseer esta ciencia práctica, si que, además, todos los cirujanos en general, han invadido el campo ginecopático. ¡Bien venidos sean! ¡Bien se hallan entre nosotros, y así demuéstrase una vez más que, la ciencia, resulta patrimonio del que la estudia y ejercita!

Mucho que, al espirar el presente siglo, tras tanto adelanto, invento y progreso; cimentadas bajo firme base, todas las ciencias; proclamados los principios fundamentales del derecho humano, y traducidos en leyes que, informan la regulación y ejercicio de los mismos; con etéreas y rarefactas ondas democráticas que nos sirven de medio ambiente, y con refulgente estela de sacrosanta libertad que, debiera ser la antorcha que guiara nuestros actos y resoluciones, no resulten muchas veces, los deberes y limitaciones naturales del derecho, en lógica obligada y ética razón, con los preceptos llamados á cumplir.

Por desgracia, el ambiente social de exteriorización que nos rodea, aun que, quizá, producto de los menos en número, resulta por lo aparatoso y público, como trabajo de los más. Así, no nos sorprende en nuestros días, la inobservancia de las virtudes cristianas, borrando el germen de la cultura y moralidad; el egoísmo personal, importando poco los medios, para la consecución del fin; la envidia, mala fe y la suposición gratuita, como arma de difamación; el menoscabo del

principio de autoridad, aun por aquellos que, más debieran ampararlo; el desorden y la violencia como imposición á pretendidos derechos; el mismo desorden, pocas veces, reprimido con oportunidad: por lo general, terminado por el natural cansancio y fatiga de los alborotadores; la misma autoridad, con una benevolencia y una tolerancia rayanas en lo indecible, habiendo autorizado asambleas en las que, olvidándose todo lo que es constitutivo y base fundamental de la sociedad, del ideal teórico de naturaleza absurda sustentado, resultaba á plazo corto, la realización de actos punibles que, en todas partes, han ocasionado horribles hecatombes; el talento privilegiado, cuya misión es, instruir deleitando, pone á contribución sus energías y sus grandes cualidades, para entregarnos, la obra inmoral que, si en la forma es bella, castiza y elegante, como producto de imaginación privilegiada, en cambio, la ecuación social planteada, no moraliza, y expone por modo ostensible, los medios, para la consecución del mal; la misma curandería, aplicada á las cosas de la justicia, según frase gráfica de nuestro *Letamendi*, y así, pudiera continuar citando transgresiones y verdaderos desafueros, constituyendo la nota actual del fin de siglo, que impera en todas las naciones.

Indudablemente, á vuestra alta penetración no escapa, el alcance que, alguna de estas ideas extendida al campo profesional médico-quirúrgico, haya podido alcanzar en sus aplicaciones al arte.

Es lo cierto S. S., que, las conquistas realizadas por la cirugía abdominal, han preparado el terreno en el delirio de los éxitos operatorios, para, olvidándose los fundamentos científicos de los verdaderos y positivos casos que reclaman una intervención, bien cimentada en lo científico y en lo moral, hallar en los simples progresos del arte, justificación para toda clase de intervenciones, incluso las que privan á la mujer de los atributos propios de su sexo.

Resulta cierto que, en todos los países, se ha alcanzado el período álgido de esta corriente ginecológica devastadora, y yo que me complazco en el recuerdo de haber sido de los primeros en nuestra capital, en practicar intervenciones de alta

cirugía de abdomen y no puedo pareceros sospechoso, porque á falta de publicaciones que exterioricen mi laboreo ginecológico quirúrgico, guardo, en cambio, los ejemplares anatómicos fruto de mis operaciones, permitidme, transcriba un escrito del eximio ginecólogo español *Dr. Gutiérrez* (1), quien se expresa en los siguientes términos al comentar el *delirio quirúrgico* de nuestros días:

«Pero si estas brillantes conquistas han tenido principalmente un fin humanitario y científico, también es cierto que han servido para alentar la vanidad y la ambición de algunos despreocupados, que viendo en esta especialidad un campo fértil é inagotable, han tratado de explotarlo en su provecho; pues, lo que importa en este delirio operatorio que actualmente nos domina, es presentar numerosas estadísticas de operaciones radicales que acrediten la personalidad científica y la práctica del Profesor, aunque para ello haya sido preciso mutilar órganos perfectamente sanos y exponer la vida de las enfermas con ligereza imperdonable, dejándolas en un estado valetudinario cien veces peor que la supuesta enfermedad que motivara la intervención.

»Así vemos figurar en las estadísticas de extirpaciones de la matriz practicadas por varios Profesores, los casos de metritis crónica, de prolapso y de retroflexión al lado de los de cáncer de dicho órgano; la castración para corregir ciertas manifestaciones de la histeria, que no desaparecen por eso, en la misma lista de koiliotomías por tumores del ovario. Y aunque parezca increíble, la cirugía operatoria se ha puesto al servicio de bastardas ideas, como lo prueban los hechos referidos por el *Dr. Truesdale* y contra los cuales protesta indignado dicho Profesor; pues ellos delatan los delitos cometidos con la castración, á la sombra de los éxitos que hoy obtiene el arte quirúrgico, por hombres temerarios y hasta criminales que han podido convencer á una mujer á dejarse extirpar sus ovarios para curar un supuesto fibro-mioma que á los seis meses de la operación se resolvió, dando á luz un robusto niño, ó han

(1) *Dr. E. Gutiérrez.*—Limetes de la cirugía radical en la ginecología.

sido cómplices de un marido morfinómano, el cual, creyendo ver en los extravíos de su histérica esposa la consecuencia de una enfermedad de las trompas y ovarios, cuando no eran más que el efecto de los celos en ella despertados por la ineptitud de su marido para los deberes conyugales provocada por los narcóticos, pide y obtiene el sacrificio de dichos órganos, perfectamente sanos, sin que por eso mejore el estado mental de su pobre consorte.»

No creáis haga exageración en el relato del apunte que acabo de leeros. En todas partes, como evocados por lamentables y terribles remordimientos, resultan autorizadas voces como las de *Emmet, Pozzi, Martin, Polk* y tantos otros, confesando, v. gr., que la ablación de los anexos, ha sido fruto de una loca temeridad; que algunas de las operaciones plásticas para los cambios de posición del útero, como las intervenciones para la metritis crónica, pueden perfectamente substituirse con ventaja, por medios curativos conservadores, ya que la terapéutica farmacológica y quirúrgica, tienen elementos sobrados para conseguirla.

Pase que, en remotos tiempos, y al comienzo de la actual era de progreso quirúrgico, se cometieran grandes y graves errores en el terreno operatorio; si aquellos errores, en época de escasa y dudosa exploratoria y poco avance científico, han permitido las osadías quirúrgicas actuales. Pero, en nuestros días, no pueden pasar sin censura, relatos clínicos dados á luz en todos los países, dando cuenta de los siguientes ó parecidos hechos: koiliotomías persiguiendo tumores abdominales, creyéndolos de poco volumen, para resultar fantasías neoplásicas después de abierto el vientre; fundamentar el diagnóstico de fibro-mioma uterino, practicando una histerectomía supra vaginal y al reconocer el pretendido tumor extirpado, resultar, un útero grávido con su correspondiente feto; legitimar una intervención por gestación ectópica, dados los peligros á que se halla gravemente expuesta la mujer, para después de la laparotomía, quedar demostrada, una ilusoria preñez extra-uterina; la misma nefrectomía por sospecha calculosa ó neoplásica, proporcionando un riñón sano después de la extir-

pación; la hysteropexia por fijación ventral, para, á los pocos meses, hallarse el útero fuera de los genitales, y además, como secuela operatoria, una eventración que puede reclamar nueva maniobra quirúrgica; ataques de litiasis biliar con obstrucción coledólica evidente, próxima á efectuarse una laparotomía alta para la extracción de la piedra, cuando en la inmensa mayoría de casos, por modo espontáneo la obstrucción resulta vencida, sin los rigores y gravedad que entraña la intervención quirúrgica á esta altura; gestaciones simples ó dobles, confundidas lastimosamente, con cistomas ováricos, en vísperas de acción operatoria, y que por feliz oportunidad ha podido evitarse, obteniéndose á su debido tiempo los productos de dichos embarazos, y tantos y tantos otros ejemplares que pudiéramos citar, indican claramente que, nos hallamos aún, en período álgido del delirio operatorio, y hoy por hoy, con los medios que la ciencia pone á nuestras manos para atento examen y exploratoria, errores tan crasos, no pueden ni deben cometerse. Solo pueden tener la justificación, de una intervención pronta é inmediata, sin dictamen de compañeros que ilustren, para que el ejemplar no se pierda, ya que de sobras hay medios elocuentes para, menudeando y repitiendo el examen, cuando haya dudas, poner el diagnóstico en claro, ó si la duda embarga nuestro ánimo, saber tener la virtud de esperar. Otro proceder, exponiéndose al fracaso, no es humano ni científico; no, no es la labor del *vir probus et bonus*.

¡Ah, S. S.! Cuando se oyen ó leen referencias de casos clínicos en que, partiendo de mala base por no tener diagnóstico fijo ó muy aproximado, resulta una aplicación artística indebida, errónea y casi siempre, en estas circunstancias, perjudicial, olvidando el Profesor los sagrados deberes de humanidad, circunspección y escrupulosidad que le impone la ciencia, como dice con oportunidad uno de nuestros eminentes literatos médicos, el *Dr. Pulido*, tal como se van poniendo las cosas, urge y precisa dar toques de atención sobre el código de nuestros inolvidables deberes.

Yo creo, firmemente, comienza á iniciarse en todas las naciones el período de prudente y sabia reacción, al que todos

debemos cooperar, si ejercemos la profesión como verdadero sacerdocio. No basta el hábito y el dominio quirúrgico que poseamos, para librar continua batalla con el organismo; debe el proceso que sea objeto de una intervención, cimentarse en base científica positiva; jamás, dudosa ó eventual, poseyendo la virtud de relegar el orgullo y el vil interés, al olvido más absoluto.

Adóptense las intervenciones radicales, sin la menor vacilación, cuando los fundamentos que las indiquen, sean la resultante de la noción etiológica y estén racionalmente aconsejadas. Limítense, en lo posible, cuando la indicación, abroquelándose en las manifestaciones sindrómicas de los procesos, solo por virtud de los peligros que á largo ó corto plazo pueden originarse, alcancen mayor oportunidad para la intervención quirúrgica; aplíquense los recursos de la terapéutica farmacológica y operatoria dentro la esfera de conservar órganos y mantener funciones que, si no son del todo indispensables para la vida, pueden, sin embargo, después de una curación completa, renovar la etapa de actividad que perpetúa la especie; y, por fin, tengamos la virtud de abandonar técnicas operatorias que, extirpando órganos, mutilando aparatos y extinguendo funciones, sin resultado curativo para los fines terapicos del proceso que creíamos corregir, dejan, después de eventualidades peligrosas, si se obtiene la fortuna de evitar contratiempos en el acto quirúrgico ó post-operatorio, el pobre organismo de la mujer, en iguales ó peores condiciones que, las que inoportunamente, y sin fundamental motivo, legitimaron la intervención.

VI

Permitidme, como síntesis de las ideas expuestas, las siguientes conclusiones:

- 1.^a *La ginecología actual, es, esencialmente quirúrgica.*
- 2.^a *La asepsia profiláctica y la antisepsia curativa, constituyen, base firme, de las aplicaciones artísticas de la ginecología.*

3.^a *Las intervenciones radicales de la práctica ginecológica, responden á la naturaleza de los procesos, y la posibilidad, de una curación absoluta, cuando la indicación es oportuna.*

Y 4.^a *La ginecología, en sus aplicaciones artísticas conservadoras, dentro de la índole quirúrgica, fundamenta la base ética, de las intervenciones.*

Y aquí, S/S., termina mi misión en este solemne día, aun cuando del acto, pretendo, quede como indeleble, una nota, una aspiración, un fin. Sí; el fin de que, el lapso de tiempo que arrobados por los éxitos de los delirios operatorios, haya podido llevarnos por sendas de aparente gloria y refulgente esplendor, olvidemos locuras científicas y temeridades cruentas, á costa de mutilaciones orgánicas, que, si bien compatibles son con la vida, y quizá sólo valgan para el endiosamiento, la avaricia y el balance mercantil, pugnan, en cambio, con la honradez hipocrática, con el ideal científico y con los sentimientos humanitarios que, el médico, más que nadie en el mundo, debe poseer, como emblema del buen nombre é inmaculada reputación, que, con legítimo orgullo, debemos ostentar.

Barcelona 31 de Enero de 1896.

HE DICHO

SÍNTESIS DEMOGRÁFICA DE BARCELONA

CORRESPONDIENTE AL AÑO 1895

SEGÚN DATOS PROPORCIONADOS Á ESTA ACADEMIA

POR EL

DR. D. LUIS COMENGE Y FERRER

DIRECTOR DEL

INSTITUTO DE HIGIENE URBANA

Mortalidad y natalidad

	ENFERMEDADES COMUNES																													
	Abortos	Digestivo			Respi- ratorio	Circulat. ^o				Sistema nerv. ^o			Sexual		Urinario	Locomotor	Esclerema	Falta de desarrollo	Sin diagnóstico	Frenopatías	Neoplasmas	Disirofias constitucionales	Dermatosis	Senectud	Alcoholismo	Intoxicación	Homicidio	Suicidio		
		Boca far. y exóf.*	Estómago	Intestinos	Anejos	Fos. nas. tráq. y bronq.	Pulmón y pleura	Corazón	Arterias	Venas	Red. linfática	Tejido propio	Meninges	Sistema de irrigación															Masculino	Femenino
Enero	81	2	9	25	12	93	35	121	13	1	1	41	32	106	.	1	24	.	1	3	11	1	18	7	.	.	3	.	.	2
Febrero	48	2	12	18	10	58	38	79	6	.	1	24	26	93	.	2	17	.	.	4	5	.	19	5	.	.	.	.	.	2
Marzo	67	.	11	25	12	61	34	103	8	2	.	29	44	67	.	4	16	1	.	4	4	1	16	2	.	.	.	.	.	3
Abril	58	.	8	19	8	44	14	77	6	.	1	26	34	51	.	1	11	.	.	3	1	1	11	4	.	.	1	.	.	1
Mayo	53	.	10	22	9	22	10	68	7	.	.	25	31	57	.	.	17	1	.	.	4	.	13	3	.	.	.	.	.	2
Junio	47	1	13	68	7	20	15	40	3	1	1	24	35	68	1	.	16	1	.	4	1	.	25	1	.	.	1	.	1	2
Julio	54	2	9	91	17	10	12	38	4	1	2	21	29	58	.	1	13	.	.	3	1	3	19	3	.	.	1	.	.	4
Agosto	49	3	9	62	8	13	15	39	4	.	.	24	20	53	.	2	11	.	1	7	2	2	10	2	.	.	.	.	.	2
Septiembre	46	2	12	57	6	7	8	37	5	2	.	28	30	39	.	1	15	.	1	4	5	.	20	1	1	.	.	.	1	4
Octubre	47	1	8	47	18	16	11	49	6	.	.	16	32	58	.	2	19	.	1	1	1	.	21	7	1	4	2	1	.	1
Noviembre	61	.	15	22	8	19	19	51	5	.	.	26	25	55	.	2	19	1	1	.	2	2	19	2	.	1	3	.	.	2
Diciembre	72	1	10	27	13	66	25	64	6	1	.	25	28	77	.	2	13	.	.	3	4	2	14	4	.	4	2	.	.	3
TOTAL	683	14	126	483	128	429	236	766	73	8	6	309	366	782	1	18	191	4	5	34	39	12	205	41	2	9	13	1	2	21

de Barcelona, año 1895.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS																												
	Sarampión	Escarlatina	Coqueluche	Difteria	Erisipela	Gangrena	Sept. ^a quirúrgica	Id. puerperal	Reumatismo	Sifilis	Enfermedades tifoideas		Tuberculosis	Eclampsia	Disenteria	Peritonitis	Pulmonia	Pústula maligna	Catarro epidémico	Cólera esporádico	Paludismo	Pelagra	Tétanos	Antrax	Total por enfermedades comunes	Total por enfermedades infecciosas	Total general	Total de nacimientos
9	16	1	3	26	3	1	4	7	5	.	35	125	5	.	5	235	.	53	.	.	.	.	.	.	565	533	1098	707
16	42	.	1	21	3	2	.	9	5	.	18	100	6	.	2	133	.	35	.	1	.	.	.	.	422	391	816	628
6	63	1	.	27	2	1	3	8	1	.	17	111	11	.	2	99	.	21	.	2	.	.	.	.	447	375	822	683
1	77	.	4	25	3	1	5	7	2	.	16	105	8	.	5	88	.	8	.	.	.	1	.	.	326	356	682	585
2	50	2	3	28	3	2	1	2	.	1	21	110	4	2	9	66	1	2	.	1	1	.	.	.	301	313	614	582
1	20	2	1	12	3	3	2	4	1	2	7	103	7	1	.	43	.	1	.	2	.	.	.	.	353	216	569	567
9	8	1	.	19	1	2	.	4	.	1	19	101	6	1	5	32	.	.	.	.	.	.	1	.	312	210	552	620
5	.	1	7	1	.	1	7	2	1	23	80	3	.	1	17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	292	157	449	583
11	2	.	3	22	1	1	2	3	3	2	40	80	12	.	4	22	.	1	.	.	.	1	.	.	290	213	503	656
13	1	.	1	21	.	2	2	5	.	.	48	84	11	.	5	29	.	.	.	.	3	.	.	1	326	226	552	561
23	.	1	1	42	3	2	3	2	.	1	30	91	7	.	5	46	.	.	.	.	.	.	.	.	304	266	564	610
21	2	.	.	47	2	2	.	1	1	.	30	114	7	.	1	105	.	5	.	.	.	.	.	.	397	338	735	651
26	286	8	18	297	25	19	23	59	20	8	304	1207	87	4	44	915	1	126	.	.	9	1	3	1	4365	3591	7956	7469

