

La limpieza del tubo digestivo se obtendrá con purgantes que producirán el arrastre de los microbios; en este punto hay acuerdo completo entre los autores y no hay ginecólogo que si tiene tiempo, no administre á la enferma un purgante antes de la intervención. Tampoco estará de más algún antiséptico del tubo digestivo, como la resorcina, salol, benzo-naftol, administrados unos días antes de la operación. Por mi parte, tengo más confianza en los purgantes que en los antisépticos del tubo digestivo.

Una vez preparada la enferma estudiemos la posición que debe adoptar para el acto operatorio. Hasta hace pocos años la única posición seguida en laparotomía, era la horizontal y por tanto cualquier mesa de operaciones servía; no así en la actualidad en que es indispensable una que permita la posición de Trendelenbourg y de la facilidad en obtener esta, dependen muchos progresos en la técnica.

El personal para esta operación depende del hábito del cirujano. No hay duda que se ha exagerado mucho el aparato con que se rodea la laparotomía; el exceso de personal acarrea muchos inconvenientes y compromete el éxito operatorio y más en la operación de que tratamos que exige asepsia completa. Con un ayudante para la anestesia y otro para auxiliar directamente al ginecólogo, tendremos casi lo suficiente; aunque el operador deba tener á mano los instrumentos, es de mucha utilidad que un ayudante se los pueda proporcionar, en previsión de lo que pueda ocurrir. Con todo, el personal puede aumentarse y así es dable colocar un ayudante para el termo-cauterio, otro para el irrigador y otro para la caja de compresas.

La posición en que hemos de colocarnos es variable: generalmente nos ponemos á la derecha, aunque otros autores prefieren el lado izquierdo; esta última situación se prefiere generalmente en la posición declive. Antes, cuando la laparotomía se practicaba por grandes tumores, colocándonos á la derecha podíamos dominar toda la parte alta del abdomen y maniobrar con más facilidad; de aquí la colocación á la derecha de la enferma. Si esta adopta la posición de Trendelenbourg nos situaremos á la izquierda porque así trabajaremos mejor en el fondo de la pelvis. En una palabra, el ginecólogo se colocará donde tenga mayor libertad de movimientos y pueda vencer mejor las dificultades de la laparotomía. Algunos ginecólogos prefieren situarse entre las piernas de la enferma para poder operar sentados; para maniobrar en el fondo de la pelvis esta posición no es aceptable y mucho mejor es operar de pie: se dirá que no es tan cómodo, pero sea como quiera, la primera posición debe desecharse por sus muchas dificultades, y la prueba está en que si bien se empiezan con ella algunas operaciones nunca se concluyen sino levantándose el cirujano.

El objeto de la laparotomía es abrir el vientre para descubrir su interior y practicar diversas operaciones. Digamos ahora cuando está indicada la laparotomía y en que casos debemos abstenernos de ella; la operación está indicada «siempre que haya una lesión en los genitales internos que sea incurable y más

ó menos peligrosa, ó simplemente peligrosa para la vida de la enferma, é inasequible por otro camino que no sea la laparotomía». Examinemos una por una las circunstancias referidas: enfermedad incurable y más ó menos peligrosa quiere decir que todos los recursos higiénicos, médicos, farmacológicos, y semiquirúrgicos, no bastan para combatirla y en cambio la dolencia amenaza directamente la vida de la enferma ó produce tales trastornos que la integridad orgánica se resiente y la enferma se encuentra abocada á la invalidez: dada la benignidad alcanzada hoy por la laparotomía resulta perfectamente justificada la indicación. Enfermedad simplemente peligrosa quiere decir que el peligro es accidental y que la enfermedad es curable espontáneamente, pero de manera problemática; una supuración del ovario, un embarazo extra-uterino, ciertas fibromas, etc., pueden indudablemente curar espontáneamente según veremos en su día, pero los peligros de la expectación en estos casos resultan mucho mayores que los de la intervención y de aquí la indicación de la laparotomía. Aquí entra la verdadera responsabilidad del ginecólogo; en estos casos debe aquilatar el grado de peligro para cada caso concreto y según sea este, aconsejar ó no la intervención. Veinte años atrás nadie aceptaba la intervención para un fibroma uterino porque aquella era sumamente peligrosa, en cambio hoy día en que hemos logrado reducir al *minimum* la mortalidad de aquella, podemos emprenderla con más frecuencia. La supuración del ovario lo mismo puede terminar favorablemente que ocasionar la muerte en el espacio de pocas horas. Es preciso, pues, que el ginecólogo conozca las leyes referentes á las indicaciones generales de la laparotomía, teniendo en cuenta que siempre que una enfermedad sea fácilmente asequible por la vía vulvo-vaginal preferiremos ésta á la laparotomía.

A las circunstancias mencionadas que indican la laparotomía, casi podremos añadir otra y es que la enfermedad sea curable por esta operación. También se parte del supuesto que tenemos un diagnóstico positivo, el cual es indispensable para establecer el pronóstico y sentar la indicación; desgraciadamente no siempre puede fijarse aquél de un modo tan preciso que indique con toda claridad la laparotomía: son muchos los casos en que el diagnóstico es dudoso, y sin embargo hay indicación para el citado acto operatorio, pero revisitiendo carácter distinto, formando lo que se llama *laparotomía exploradora*. Para proceder á la misma, se necesita establecer *el peligro de la enferma y la naturaleza quirúrgica de la afección que ocasiona dicho peligro*, lo cual quiere decir que ésta sólo puede tratarse por medios que nos proporciona la Cirugía. No creemos que la laparotomía exploradora se practique por excepción, antes al contrario, opinamos que se realiza con relativa frecuencia y por necesidad, y aunque su campo disminuya cada día se lleva á cabo aún, para ciertas afecciones abdominales de incierto diagnóstico; cuando éste no puede establecerse de una manera absoluta y la dolencia ofrezca peligro para la enferma, con sentar que la afección es quirúrgica está indicada la laparotomía exploradora: la indicación se funda pues en los dos hechos mencionados. A veces lo mismo pueden

reclamar aquel procedimiento quirúrgico enfermedades sencillas que afecciones de suma gravedad, puesto que no sabemos de lo que se trata; á disipar estas dudas se dirige la operación expresada. Si tuviéramos otros medios más inocentes, á buen seguro que no la verificaríamos, porque muchas veces nos encontramos con enfermedades (cáncer visceral adelantado) contra las que nada podemos hacer. El ginecólogo se propone desvanecer la duda é instituir el tratamiento conveniente; á no ser esta última condición nos encontraríamos en el caso de la laparotomía diagnóstica. Si después de hecha la operación nos convencemos de la incurabilidad de la dolencia, no por esto deja de ser aquélla exploradora, pues el fin que nos proponíamos era conocer la enfermedad para emplear el tratamiento oportuno. La laparotomía exploradora es una verdadera conquista de la Cirugía contemporánea, de la cual se aprovecha principalmente la Cirugía general, ya que nosotros diagnosticamos mucho mejor las afecciones de los genitales internos que no los cirujanos las hepáticas é intestinales.

El criterio en este terreno debe ser muy amplio, porque se han obtenido resultados inesperados en casos al parecer desesperados, por lo que el médico y el cirujano deben arrostrar la responsabilidad de la operación, sabiendo que quien va á ganar con ella es la enferma: es un sacrificio que se hace en aras de la ciencia. Tales son las indicaciones generales de la laparotomía.

¿Tiene la laparotomía contraindicaciones? Casi podemos responder negativamente, pero si no existen contraindicaciones absolutas las hay relativas que el médico debe tener presentes. Proviene las tales de dos orígenes, uno local representado por el modo de hallarse la lesión y otro general representado por el estado de la enferma. Acerca de este punto conviene hacer una aclaración; hay estados generales como la diabetes y la albuminuria, que contraindican formalmente muchas laparotomías, pero tan vital puede ser la indicación que pasemos por encima de todo. La operación cambia de aspecto en estos casos, pues la mortalidad es terrible y sólo procederemos á practicar aquéllo, cuando la enferma pueda resistir los antedichos afectos generales durante mucho tiempo y se nos presente una indicación vital (hemorragia interna, embarazo extrauterino, etc.) Por esto es conveniente analizar la orina antes de toda laparotomía.

Hay algunas contraindicaciones generales de otro orden que se refieren á los casos en que existen enfermedades de corazón, pulmones, hígado, sistema nervioso, etc... Sin embargo, en tales ocasiones seguiremos practicando la laparotomía y sólo dejaremos de hacerlo así, cuando las enfermedades de que tratamos sean superiores en importancia á la que motiva la laparotomía (lesión cardíaca no compensada, tuberculosis pulmonar en el último período). Una contraindicación absoluta no existe pues, y sólo podríamos aceptar como tal una enfermedad localizada en sitio distinto de los genitales y que amenace en fecha próxima la vida de la mujer. Con todo, parece que cuando está indicada la laparotomía hay cierta integridad en el resto de la economía; algunas veces los

estados generales apuntados pueden evolucionar ventajosamente después de la laparotomía.

Tratemos ahora de la técnica general de la operación, que comprende varios tiempos. Colocados la enferma y el operador en su sitio y anestesiada aquélla, una vez limpia y aséptica la piel, se procede á la laparotomía. Necesítanse para éste una serie de instrumentos que cada día se reducen y simplifican. El primer tiempo de la operación consiste en la abertura del abdomen que se realiza siempre del mismo modo, porque en cuanto se llega á la cavidad del peritoneo, la indicación cambia por completo en cada caso. Nos serviremos de bisturís, pinzas de presión para cohibir las hemorragias, tijeras, separadores especiales para el caso, instrumentos de reunión, etc...

Comprende, pues, la técnica: 1.º La incisión desde la piel al peritoneo con un bisturí; el corte se practica en la línea media, en la región que va desde el ombligo al pubis; incíndese de una sola vez la piel y el tejido celular sub-cutáneo hasta llegar á los músculos del abdomen. Esta incisión ¿ha de tener siempre la misma longitud ó es indiferente esta materia? Se ha discutido mucho sobre la conveniencia de que la incisión sea más ó menos larga; se ha dicho que en razón á la asepsia poco importaba que aquélla fuese mayor ó menor; importancia capital no la tiene, pero en ciertos casos en que nos conviene que las vísceras no estén en contacto del aire atmosférico vale más hacer la incisión corta. En cambio, á veces conviene prolongarla para que tengamos mayor libertad de movimientos. Diremos, pues, que la longitud de la incisión será buenamente la que exija el poder practicar con holgura las maniobras necesarias.

¿Practicaremos siempre la incisión en la línea media? Por lo común sí, prescindiendo de aquellos casos en que aquella se hace á un lado, oblicua ó transversalmente.

En el segundo tiempo de la abertura de las paredes abdominales, al llegar á la capa músculo aponeurótica puede presentarse la línea alba debajo del bisturí ó no aparecer aquella. ¿Qué es lo que debemos hacer en este último caso? Puede buscarse la línea alba para incidirla ó cortar lo que se nos presente en la línea media; es mejor el último procedimiento, hasta se ha recomendado huir de la línea alba y buscar el músculo recto en su vaina, porque de este modo tenemos más seguridades de cicatrización, mientras que en la línea alba el tejido aponeurótico no es propio para reunirse pronto á causa de su poca vascularidad. Prosiguiendo la incisión hallamos el tejido celular sub-peritoneal que se encuentra entre la pared del abdomen y el peritoneo; ofrece el tal tejido un grosor muy variable, que puede llegar hasta 1 y 2 centímetros.

Llegamos por fin á la incisión del perineo que debe practicarse siempre hacia la parte alta y no hacia la parte baja del primer corte; con éste fin aconseja Spencer Wells buscar el peritoneo con unas pinzas de diente de rata, cogerlo é incidirlo; el sistema es bueno pero ofrece la desventaja de necesitar un instrumento que no ha de servirnos después. Puede sujetarse el peritoneo con unas

pinzas sencillas de Pean y formar una pliegue á cada lado; de esta manera una vez cortado aquél se descubre la cavidad de la serosa; este tiempo requiere sumo cuidado; practicado del modo descrito es muy hacadero, de lo contrario se corre mucho riesgo, pues encontrándose debajo del peritoneo (que es una tela finísima) las asas intestinales, pueden herirse éstas con facilidad; de aquí la conveniencia de formar el repliegue para que el corte quede limitado á la serosa peritoneal. No se encuentran más dificultades que las expuestas en los casos comunes, no así en determinadas ocasiones.

Recomiéndase que la incisión del peritoneo no se haga hacia la parte baja porque en ésta se halla la fáschia transversalis que puede simular el peritoneo y además podemos tropezar con la vejiga dislocada y distendida ó con el uraco. Es conveniente, pues, hacerla hacia la parte alta. Practíquese un corte en la serosa peritoneal bastante amplio para introducir un dedo y lo suficiente extenso para pasar una tijera debajo de la serosa ó ir la cortando de un extremo á otro de la herida cutánea; puede usarse también una sonda acanalada que sirva de guía al bisturí, pero lo mejor es valer nos del dedo.

Los accidentes son sumamente raros; pueden ocurrir y de hecho ocurren hemorragias, pero por lo general son despreciables y el ginecólogo que les concede demasiada importancia perderá un tiempo precioso y embarazará el campo operatorio; cuanto mayor valentía despliegue en la incisión menor será la hemorragia obtenida. Al llegar á la cavidad peritoneal puede suceder que la incisión resulte corta y entonces podemos prolongarla con unas tijeras especiales romas ó con las tijeras usuales; si el aumento en la incisión se verifica hacia abajo pronto nos encontraremos limitados por la vejiga, en cambio hacia arriba no tenemos más límites que el apéndice xifoides. Al llegar al ombligo puede respetarse ó incidirse; me parece mejor contarle por medio hasta donde sea preciso: tiene este método un inconveniente al lado de una ventaja y es que al practicar la sutura debe researse el ombligo por completo, pero en cambio se obtiene mejor cicatrización; otros han preferido ladear la incisión para volver luego á la línea media lo cual tiene sus desventajas, pues hacia los lados la región es poco vascular y ofrece escasas garantías de cicatrización.

Cuando se ha abierto suficientemente el abdomen se necesitan unos instrumentos llamados *separadores*; elegiremos los que ocupen menos espacio; el objeto que con ellos nos proponemos es separar las paredes del abdomen para contemplar mejor el campo operatorio y agrandarlo. Importa asimismo desprender las adherencias; ya veremos después las que pueden hallarse en cada caso concreto; digamos ahora algo de este punto aunque sea de una manera general. El desprendimiento de adherencia es fácil por lo común, en cambio en ciertas ocasiones ofrece sus dificultades; el ginecólogo ha de tener en cuenta si son ó no vasculares; cuando esto ocurre se cojen entre dos pinzas que pueden ser de distintos tamaños y formas, rectas, curvas, en forma de T, ovals, de pico de ave, etcétera... para cojer los vasos. Sin embargo, el operador ha de saber despreciar

las hemorragias remediando á ellas sólo cuando se trate de vasos de cierto calibre.

Aparte de los expresados instrumentos, se necesitan otros para la sutura porque es necesario que la herida cicatrize. Como las paredes abdominales son muy gruesas es conveniente emplear una aguja de tamaño mayor que el ordinario; hasta hay modelos especiales para las suturas á que nos referimos, que llevan en su interior un carrete en el cual va arrollada la seda que sale por la punta de la aguja; tienen el inconveniente de tener que enhebrarse con anticipación. Respecto á porta-agujas, tenemos el ordinario que puede servirnos en nuestro caso y además hay una aguja especial con mango y orificio en la punta que resulta sumamente práctica.

Las agujas de pediculizar tienen la punta roma para poder pasarla en los tejidos con el hilo correspondiente sin ocasionar traumatismo. Tenemos que necesitar asimismo otras pinzas que sirven para asegurar las compresas y sostener las que hay introducidas en el abdomen para que no queden allí olvidadas; con este objeto llevan las indicadas pinzas los anillos dorados para no confundirlas con las demás. Los tubos de desagüe pueden ser de cristal ó caucho: ambos pueden usarse. Usase por fin otro instrumento muy sencillo y es la cánula de cristal para lavar el peritoneo.

Volviendo á la técnica de la laparotomía y describiendo el modo como deben desprenderse las adherencias, diremos: que si son poco vasculares pueden arrancarse sencillamente y ligarlas después en sus vasos para evitar la hemorragia. Las adherencias presentan muchos grados respecto á vascularidad: tanta puede ser ésta que no baste la ligadura y necesitemos del termo-cauterio ó de la compresión sostenida hasta cohibir la hemorragia difusa que se presenta cuando son de superficie extensa.

Uno de los accidentes más temibles que pueden acaecer en la operación de que tratamos, es la herida de alguna víscera; puede ser ésta el intestino, el estómago, la vejiga y más raramente el hígado ó el riñón. El accidente debe repararse acto seguido; si se trata de una herida intestinal se practicará la sutura y lo mismo haremos si aquella es vesical.

Quedan todavía por discutir dos puntos muy importantes, cuales son la *toilette* ó limpieza del peritoneo y el drenaje del mismo. El primero consiste en dejar aquella serosa lo más limpia posible y libre de todo producto que pueda tener consecuencias ulteriores; reviste esta práctica tanta importancia que los grandes progresos de la laparotomía consisten en la perfección de aquella. La limpieza del peritoneo ha de empezar desde el momento en que se abre esta membrana: es un error creer que puede operarse sin tener en cuenta aquélla dejándola para el final del acto operatorio; decimos que esto es un error, porque pueden suceder tales cosas en la operación que la *toilette* peritoneal se haga después imposible; ésta debe practicarse, pues, desde el primer momento operatorio. Empleábanse antes las esponjas que por ser materias orgánicas propensas á la

putrefacción formaban un objeto de dudosa limpieza, además de que su elevado precio hacía que se usasen en poco número (10, 15 y 20 bastaban para una operación) y que después de lavadas y escurridas volviesen á servir. Hoy día este medio no se emplea ya por sus inconvenientes y hasta cuando se usaba, obtenían mejores resultados los que se valían de otros medios, (toallas, servilletas limpias). En la actualidad nos valemos de compresas de gasa, esterilizadas y de bastante tamaño, que emplearemos desde el momento en que abramos la cavidad, para proteger las vísceras; en el fondo de la pelvis pueden introducirse 4 ó 6 engarzadas en las pinzas de mango dorado que ya describimos. Las compresas se van introduciendo y retirando, sustituyéndolas por otras nuevas, variando el número según los casos; influye mucho el hábito, pues al principio el uso de las compresas no se encuentra práctico mientras que después se hace indispensable y sumamente sencillo.

La *toilette* empieza al abrir el peritoneo, presentando algunas variedades según la operación de que se trate; si se extirpa una trompa llena de pus ó sangre, se aislará este órgano del resto de la serosa peritoneal con compresas con lo que se operará en seco y aunque se vaciara el pus, las compresas se empaparían de él impidiendo su derrame en la serosa. Hay casos en que terminada la operación, no quedamos satisfechos de la limpieza del peritoneo y debemos proceder á ella otra vez.

Esta *toilette* post-operatoria constituye la modalidad más importante y puede practicarse de distintos modos que forman las llamadas *toilette seca* y *húmeda*. En la primera reseguiremos todos los sitios de la serosa peritoneal sospechosos de suciedad, empaparemos las compresas de líquidos y retiraremos los coágulos, no dejando nada que no parezca bien limpio; en una palabra, se emplean las compresas hasta dejar seca la serosa peritoneal. Es tan excelente esta práctica que Kheit, observando en una operada suya, fenómenos de infección pútrida al tercer día, reabrió el vientre y encontrando varios coágulos con serosidad, los empapó con compresas, retiró éstas y la enferma curó. La limpieza seca es más aceptable todavía cuando se ha practicado durante la operación del modo debido.

Hay ciertos casos en los que la enormidad de la neoplasia impide separarla de las demás regiones del peritoneo, ó bien la naturaleza de los líquidos patológicos nos hace temer que alguna parte de los mismos permanezca en la serosa y determine graves accidentes, por ejemplo, líquido gelatinoso procedente de los quistes del ovario. Para limpiar todos estos recodos y vueltas del peritoneo tenemos medios eficaces, pero sujetos á modas por desgracia; nos referimos al lavado del peritoneo. En ciertas épocas, este se ha realizado mucho y en todos los casos, en cambio en determinados tiempos se han hecho esfuerzos para pasarse de él. El lavado peritoneal sin ser una práctica peligrosa, tiene algún inconveniente, de aquí la conveniencia de no verificarlo sin indicación precisa. Realizóse primero esta maniobra con líquidos antisépticos creyendo de este

modo acabar con las bacterias que pudiera haber en el peritoneo, pero en cuanto se vió que en tal punto no existían microorganismos patógenos y en cambio era una vasta superficie absorbente, se cayó en la cuenta de las desventajas y peligros del método. De aquí los lavados con soluciones bóricas, por su poca energía antiséptica y de aquí el estudio que se emprendió para evitar la acción tóxica del ácido fénico, bicloruro mercúrico, etc... lo cual se creyó obtener lavando antes el peritoneo con agua, pues á su decir, esta debía agotar la fuerza absorbente de la membrana. En la actualidad se prescinde de todo líquido antiséptico, empleando sencillamente el *suero normal* ó solución de agua esterilizada con clo uro sódico al 7 por 1000; ¿de qué modo se obtiene el agua esterilizada?, ó bien sujetándola á la temperatura de 120° en el autoclave ó bien cociendo é hirviendo el agua empleada. En el segundo caso la esterilización no es completa, pues aún cuando los microbios patógenos pierden sus propiedades á aquella temperatura, quedan esporos que pueden revivir; el cloruro sódico se agrega para que el líquido se acerque todo lo posible á la composición del suero sanguíneo, á mas de que el agua pura parece tener propiedades irritantes en la serosa peritoneal. Esto no quiere decir que no podamos usar de agua pura cocida ó hasta de agua de manantial, pero siempre que sea posible nos valdremos de la mentada solución de cloruro sódico. Para guardar el agua podemos utilizar vasijas metálicas esterilizadas ó bien matraces de laboratorio tapados con algodón ó cerrados á la lámpara; todos estos recursos que son aceptables para las operaciones á domicilio no son pertinentes en la Clínica donde, para evitar los peligros del trasiego de líquido, dispondremos de una caldera en la misma sala de operaciones, que pueda contener varios litros de líquido, al cual añadiremos cloruro sódico.

La temperatura á que debe introducirse el agua en el peritoneo es la del cuerpo humano, á unos 38° será muy aceptable; es bueno que la caldera tenga un regulador. Lawson-Tait aconseja que el mismo operador tome con las manos la temperatura del líquido. Preparado éste puede procederse al lavado que se puede verificar de varios modos; puede disponerse un tubo de goma con embudo y cánula de cristal ó bien se hace venir un tubo de aquella materia desde la caldera al peritoneo. A la extremidad del tubo de goma se dispondrá la cánula de cristal que debe contar unos 25 centímetros de longitud; introdúcese la cánula en el peritoneo comenzando por los sitios más sospechosos de infección, estando la enferma en posición horizontal y con una mano del operador dentro del abdomen guiando el instrumento y otra cerrando la incisión abdominal. El líquido (que pasará principalmente hacia el fondo de la pelvis y fosas ilíacas) debe emplearse hasta que salga claro; al principio sale teñido con sangre, líquido gelatinoso ó verdadero pus.

Los efectos que se consiguen con el lavado del peritoneo son de dos órdenes: locales y generales. Tenemos pues dos grandes indicaciones; la gran corriente de líquido producirá el arrastre de los materiales que no deben quedar

retenidos en el peritoneo; el modo de obrar del lavado no es, por lo tanto anti-séptico sino mecánico; además hace que la serosa peritoneal no se irrite tanto por el contacto de nuestras manos y de los instrumentos y por el desprendimiento de adherencias. De este modo vemos que los efectos locales del lavado del peritoneo son mecánicos y analgésicos.

En cuanto á los efectos generales observados desde mucho tiempo, se conocen hoy en su mecanismo. Si el medio de que tratamos es útil para combatir el colapso, las hemorragias, etc... débese á la rápida absorción por la serosa peritoneal del líquido que empleamos, el cual pasando al torrente circulatorio determina una mayor expansión y regularidad en el pulso; prodúcese al mismo tiempo una transpiración general abundante y sobremanera beneficiosa. Las enfermas sometidas á la práctica que explicamos, presentan reacción franca después del acto operatorio, diuresis copiosa y otros efectos saludables. Se dirá porque obteniendo tan buenos resultados no aplicamos el lavado en todos los casos; á esto responderemos que de todas maneras la maniobra obliga á tener abierto el peritoneo durante cierto tiempo, por lo cual sólo la emplearemos cuando haya indicación que la reclame.

Otro de los puntos principales referentes á la operación que estudiamos es el drenaje; acerca de este punto se ha discutido mucho: se ha afirmado que procediendo antisépticamente no pueden quedar líquidos en el peritoneo y aunque haya superficies que los excreten se reabsorberán. No podemos admitir esta opinión de ninguna manera; la estadística publicada por los que la sostienen demuestra que en todas las enfermas la convalecencia ha sido accidentada. Todavía hay quien cree que procediendo asépticamente y haciendo una buena limpieza del peritoneo puede prescindirse del drenaje. Digase lo que se quiera, el drenaje es necesario siempre que haya líquidos detenidos en el peritoneo que pueden ser dañinos ó perjudiciales; cuando antes de la operación se desarrolla una peritonitis exudativa con tendencia á la ascitis, hay que extraer primero el cuerpo extraño y luego dar salida á la exudación, lo cual se logra á las mil maravillas con el tubo de drenaje; cuando se hayan desprendido adherencias vasculares que dejen grandes superficies cruentas rezumando líquidos que de no salir quedarán detenidos en la cavidad abdominal y hasta determinar fatales accidentes por infectarse con facilidad, está muy indicado el drenaje. Se ha dicho que los microbios podían entrar por el tubo, pero esto es más una argucia que una razón seria; es muy conveniente, pues, dar salida á los líquidos después de la intervención para que se vaya secando la serosa peritoneal. Es verdad que el drenaje obliga á dejar una abertura al exterior, pero ésta puede ser protegida por medios apropiados, de la acción atmosférica. Téngase en cuenta que se establece una corriente desde el peritoneo al apósito, á través del tubo, y que esta corriente basta para impedir que queden microbios en el interior, pues estos serán arrastrados afuera en virtud de las leyes físicas. Es tan conveniente el drenaje que según un célebre ginecólogo «nunca tendremos que arrepentirnos

de haberlo aplicado y si muchas veces de no haber hecho uso de el.» Puede aplicarse el drenaje de varios modos; hay quien emplea una cánula de cristal encorvada para llegar al fondo de la pelvis, con varios agujeros en la extremidad; otros emplean el tubo de caucho; no falta quien coloca una mecha en su interior para que salga el líquido impulsado hacia afuera en virtud de la capilaridad; también se ha propuesto aspirar el líquido del peritoneo con una jeringa y hasta se ha introducido gasa en el abdomen para arrastrar el líquido que puede coleccionarse. Algunos para evitar las maniobras en el abdomen siempre delicadas, aconsejan practicar una abertura en el fondo de saco de Douglas é introducir un tubo que lleve el líquido á la vagina; este procedimiento es preferible al anterior, pero ofrece el inconveniente de obrar en un sitio no siempre limpio.

Para establecer el drenaje nos valdremos de tubos de goma con varios agujeros y mechas de gasa esterilizada en su interior que salga por cada extremo del tubo. Debe dejarse dos días el aparato, porque después se hace inservible tanto por la falta de líquido en el peritoneo, como por la formación de falsas membranas que obstruyen el tubo. La abertura que deja el tubo cicatriza después fácilmente.

Otro procedimiento muy aceptable es el taponamiento de Mikulicz ó abdomino-peritoneal, aplicable cuando la herida exude líquidos infectos; consiste en llevar á la región una pieza en forma de pañuelo relleno de tiras de gasa y que sale en parte al exterior donde se ata por sus cabos. Como tiene el inconveniente de favorecer la hernia consecutiva, se reserva el empleo de este medio para los casos en que está formalmente indicado. El saquito expresado debe dejarse lo menos cinco días y al retirarlo debe procederse con sumo cuidado, porque la gasa se ha adherido á los tejidos. Por todo lo dicho se comprende que este medio tenga aplicación en muy contados casos.

Después de la operación y cuando se trata de reunir las paredes abdominales, empléanse distintos procedimientos de sutura. Algunos años atrás era muy fácil practicar esta última que se realizaba siempre del mismo modo, pero hoy para evitar las hernias y eventraciones consecutivas que antes ocurrían, se ha recurrido á otro sistema. El antiguo consistía en suturar en conjunto la piel, tejido celular, capa músculo-aponeurótica y peritoneo, con una gran aguja que se pasaba de un lado á otro, aplicando cada 2 centímetros un punto de sutura; también se colocaba una esponja debajo de la herida, que separaba la pared traumatizada de las vísceras abdominales y que se empapaba de la poca sangre que puede salir para que ésta no se derramase en el peritoneo; si terminada la sutura no había coaptación completa se daba algún punto superficial para remediarlo. Ya hemos dicho que este método ha caído en desuso por las eventraciones consecutivas que se observaban, las cuales dependían de la poca resistencia en la capa músculo-aponeurótica que la hacía entreabrirse. En la actualidad se procura abreviar la operación y evitar las eventraciones; el método de reunión

consistirá en practicar con hilo de cat-gut aséptico, una primera sutura en la membrana peritoneal que solo comprenda esta última; debe hacerse á punto pasado y de un extremo á otro de la herida, dividiendo la sutura en dos trechos si aquella tiene más de 15^{cm.} de longitud. Con esto obtendremos una herida que solo tiene piel, tejido celular y capa músculo-aponeurótica; algunos aconsejan que se suture aparte la capa músculo-aponeurótica incluyendo en otra la piel y el tejido celular; muchos autores prescinden de estos últimos planos de sutura y una vez coaptada la capa peritoneal, reúnen las demás en una sola. El segundo plano de sutura tiene por objeto obtener una coaptación perfecta de los bordes de la capa músculo-aponeurótica para que se reúnan con seguridad; esto último puede alcanzarse con tal de que al practicar los puntos de sutura, hagamos de modo que aquellos vayan á buscar hacia afuera y no hacia adentro la capa músculo-aponeurótica: si atravesamos el músculo recto y su vaina lograremos mucho mejor nuestro objeto que no pasando sencillamente por la línea alba.

Sea lo que sea, no existe un procedimiento que nos prevenga en absoluto las complicaciones posteriores que dependen en parte, del modo como se ha efectuado la cicatriz. Esta no se forma siempre del mismo modo, pues en unos individuos es más resistente que en otros, de aquí el fracaso de todos los procedimientos inventados para impedir en absoluto las complicaciones ulteriores. Con el método mejor que encontremos se pueden disminuir aquellas, no evitarlas en absoluto. Se ha pretendido suprimir las eventraciones siguiendo cierta asimetría en los cortes; un cirujano alemán practica una incisión en la línea media que comprende la piel y el tejido celular, después corta transversalmente la capa músculo aponeurótica y por fin incide el peritoneo longitudinalmente, sutura las tres separadamente y queda así una forma de cruz; este proceder tiene tantos inconvenientes que no se ha generalizado: además tampoco evita del todo las eventraciones.

Respecto al material de sutura diremos que es aceptable cualquiera mientras tenga resistencia. El cat-gut solo tiene aplicación en el peritoneo y aún muchos emplean seda aséptica para este caso; en la piel y capa músculo aponeurótica es mejor el crin de Florencia, el hilo metálico ó la seda; esta última es la que ofrece más resistencia y corta menos los tejidos.

Por lo que toca á los métodos que seguimos en laparotomía, diremos que el aséptico es el único que se usa en la actualidad. El método antiséptico se ha desechado justamente; pudo ser bueno en un principio, cuando no se conocía otro, pero hoy que conocemos sus peligros lo hemos relegado al olvido. En efecto: el contacto de substancias como el ácido fénico, el bicloruro mercúrico y el yodoformo, con el peritoneo, ocasionaba irritación en esta membrana, que se traducía en agudos dolores peritoneales; con la asepsia evitanse tan desagradables accidentes. Ni aún en aquellos casos en que el peritoneo está infectado, *a priori*, usaremos de los antisépticos, pues se ha demostrado que en tales casos el resultado obtenido depende más que de nada, de la naturaleza de la infec-

ción. Si el pus es virulento, como se derrame en el peritoneo, las soluciones antisépticas no bastarán á neutralizar sus efectos. Tan arraigada está la opinión que mencionamos, que algunos practican durante la operación el análisis del líquido que se sospecha sea virulento. Si no es virulento, porque algunas veces el líquido infecto se esteriliza espontáneamente, con lo cual pierde sus propiedades, de poco servirán las soluciones antisépticas. Estas podían creerse eficaces cuando no se distinguía entre productos virulentos y no virulentos, no así modernamente; se comprende pues que el método antiséptico se haya abandonado absolutamente en laparotomía para emplear el aséptico. Si es virulento, un lavado tal como hemos dicho y el drenaje consecutivo bastarán.

Terminada la operación y hecha la sutura, procederemos á colocar el apósito que constará sencillamente de gasa aséptica y algodón en rama con el correspondiente vendaje; este puede ser una doble espica de inglete pero lo mejor es echar mano de vendajes de cuerpo, formados de franela, que compriman moderadamente la cavidad abdominal. Las sustancias antisépticas solo sirven para favorecer las complicaciones locales, por lo cual no las emplearemos. El operador debe proceder con toda la presteza compatible con la perfección de la técnica; el factor tiempo tiene una gran importancia en laparotomía; la exposición al aire durante mucho tiempo de las vísceras abdominales, la evaporación del peritoneo, etc... pueden influir fatalmente en el resultado de la operación y por tanto conviene evitarlas.

Los accidentes inesperados que pueden presentarse en la operación varían en cada caso concreto. Ya hablamos de las heridas de vísceras abdominales y añadiremos que igualmente pueden presentarse hemorragias, síncope, parálisis respiratoria, etc... como en otra cualquiera operación.

Lección XVII

Pronóstico de la laparotomía.— Tratamiento consecutivo á la laparotomía.— Complicaciones que pueden sobrevenir; colapso, hemorragia, peritonitis, septicemias, parálisis intestinal, extrangulación, flebitis, complicaciones lejanas.

El pronóstico de la laparotomía depende más que de esta, de la operación que con ella vayamos á practicar. El estudio del pronóstico en general, es pues, absurdo; en efecto: ¿qué tiene que ver una laparotomía exploradora que dura pocos minutos, con otra que dure hora y media y tenga que hacer salir toda la masa intestinal? Únicamente podía comprenderse que se hacía tal, cuando la laparotomía sólo se empleaba para la extirpación de grandes tumores del abdomen, y especialmente si aquellos residían en el ovario; pero hoy día en que aque-

lla se usa para desprender adherencias, practicar suturas intestinales, operar enfermedades gástricas, enderezar el útero, etc... el pronóstico general no puede hacerse sin que resulte falaz, éste debe establecerse, pues, para cada caso concreto. Conviene dejar sentado un hecho y es: que si antes el ginecólogo que obtenía un 25 p. % de mortalidad en la laparotomía, podía darse por dichoso, hoy día podríamos considerarle casi como inepto para aquella operación. En efecto: modernamente, gracias á la precisión de las indicaciones y á la mayor perfección en la técnica, se ha logrado reducir mucho el tanto por ciento de mortalidad. Claro está que ciertas operaciones siguen siendo graves, pero esto no obsta para confesar que hemos realizado un gran progreso, pues, aún en estas el pronóstico es hoy más benigno que antes. Hoy por hoy, el cirujano que acepte los casos tal como vienen, así los más sencillos como los más complicados, podrá observar un 10 ó 12 p. % de mortalidad. En ciertas estadísticas no veremos ni una defunción, y esto depende de que sólo se han contado los casos más sencillos; cuéntense estos junto con los más complejos y tendremos el verdadero resultado; así pondremos p. ej.: las operaciones para enderezar el útero al lado de las que se emplean para extirpar un quiste del ovario.

La mortalidad depende de las complicaciones post-operatorias, pues, el cirujano puede sacar á la enferma de la mesa de operaciones, casi siempre con vida y libre de su dolencia; sólo después vienen las complicaciones. Pueden dividirse estas en dos grupos: unas dependientes del acto operatorio en sí y otras que son producto de complicaciones infectivas.

En lo que atañe al tratamiento consecutivo á la laparotomía interesa sobremanera *saber no hacer demasiado*: importa dejar á la enferma en absoluto reposo físico y moral, y sujeta á una temperatura conveniente para favorecer la transpiración; también es bueno que permanezca en una habitación á oscuras y que no se le hable. Como la enferma tiene sed, puede permitírsele alguna cucharada de agua natural después de las 12 primeras horas; á las 36 horas puede concedérsele una alimentación ligera, hasta que vamos aflojando el rigor en esta materia, á medida que la enferma se pone mejor y entra en completa convalecencia. Al séptimo día puede levantarse el apósito y descubriremos la herida sin rubicundez ni dolor; empléanse algunas tiras de aglutinante para sostener aquélla, y al cabo de 18 ó 20 días la enferma sale curada. Esto en la mayoría de ocasiones, pues, á veces no andan tan bien las cosas, ya que á pesar de los grandes progresos quirúrgicos, muchas laparotomías revisten un sello de verdadera gravedad.

Las complicaciones pueden ser, pues, traumáticas é infectivas. Antes se observaban otras, las tóxicas, dependientes del contacto con la serosa de ciertos agentes antisépticos, pero hoy día han desaparecido, gracias al empleo del método aséptico. Entre las complicaciones traumáticas debemos contar las parálisis viscerales; uno de los primeros órganos afectados en este concepto es la vejiga. Después de una operación ginecológica que obliga á manipulaciones y

traumatismos en el fondo de la pelvis, la enferma no puede realizar la micción voluntaria, no porque falte orina en su vejiga, sino porque se han abolido los reflejos necesarios para su expulsión. La parálisis referida es muy constante y puede ser fugaz ó durar más ó menos tiempo; así, pues, durante las primeras horas que siguen á la operación es conveniente practicar el cateterismo; hay enfermas que después de este pueden verificar espontáneamente la micción, otras lo requieren durante varios días. Por este motivo, es bueno que las enfermeras sepan sondar; este es el único tratamiento aplicable á la parálisis vesical.

Otra complicación, por fortuna menos frecuente, es la parálisis renal. La falta de micción voluntaria sólo supone la molestia de tener que practicar el cateterismo: en cambio, en la parálisis renal, la cosa cambia de aspecto, pues, ésta supone falta de secreción. La orina es poca ó ninguna en los primeros momentos, después de una laparotomía; esto es común, pero si llega á alcanzar un grado patológico, reviste trascendencia. En efecto: necesitando la enferma de la integridad de todas sus funciones para la convalecencia, experimentará un gran perjuicio con la falta de secreción renal que hará que se retengan muchos tóxicos en la economía y favorecerá las complicaciones ulteriores. La cantidad de orina segregada nos servirá para el juicio pronóstico de la laparotomía; si aquélla es poca, el pronóstico será reservado, si es nula, será grave. La parálisis renal se presenta en las laparotomías de larga duración y á veces cuando producen cambios estáticos dentro del abdomen; entra también por mucho el elemento nervioso y los trastornos circulatorios que congestionan el riñón. Para tratar esta complicación podemos acudir á los diuréticos, mayormente si son tónicos del corazón, cuando reviste una forma sub aguda: en otro caso el tratamiento del colapso que luego indicaremos, es el único aplicable.

Al lado de las parálisis del riñón y la vejiga, tenemos la de los intestinos, que en más ó menos grado no falta en ninguna laparotomía, como no sea en alguna insignificante. En las primeras 24 horas que subsiguen á la operación, no habrá movimiento intestinal, no se presentará ninguna deposición voluntaria, ni expulsión de gases por el recto; el tubo digestivo permanece quieto y gracias que podamos evitar los movimientos antiperistálticos. Esta parálisis no tiene consecuencias, por lo común, pues, á la vuelta de algunas horas, se restablece la movilidad, reaparecen los movimientos peristálticos y la enferma puede deponer espontáneamente ó auxiliada con un enema. Pero no siempre ocurre así, sino que el fenómeno puede llevar un sello patológico y convertirse en origen de trastornos que, aunque muy raramente pueden causar la muerte; en esta situación distinguiremos varios grados. El primero se caracteriza por meteorismo, dolores abdominales, malestar y hasta vómitos, aunque al aparecer éstos entremos en el segundo grado; la enferma respira difícilmente porque el vientre se abomba mucho, hasta que al cabo de algunas horas viene la expulsión de gases ó una deposición, desapareciendo toda gravedad. Si se acentúa más el cua-

dro, se presentan los susodichos vómitos que se distinguen de los anestésicos porque han pasado muchas horas después de la operación, y la enferma ha tolerado alguna cantidad de líquido; á más hay malestar, agitación y cambio en la temperatura y pulso; éste llega á latir hasta 110 veces por minuto y aquélla se eleva hasta 38'5; aparece por fin la expulsión de gases y sólidos por el recto y bórrase todo el cuadro descrito que tampoco reviste gravedad. Si descuidamos los fenómenos antedichos puede llegarse al tercer grado de parálisis, que pone en alarma á la enferma, á su familia y hasta al médico; los vómitos se hacen más rebeldes y ofrecen el aspecto bilioso, el pulso llega á 110 y 120, la temperatura sube hasta 39'5, la enferma está agitada, en una palabra, aparecen una serie de síntomas que pueden hacernos sospechar la existencia de una infección subsiguiente á la laparotomía. El abdomen está tan meteorizado, que parecen han de rasgarse las suturas abdominales y puede existir una parálisis renal ó vesical concomitante; sin embargo, la parálisis intestinal sola, raras veces termina fatalmente y si no hay complicaciones infectivas ni extrangulación interna, podremos triunfar de ella. El pronóstico, pues, raras veces debe hacerse fatal: yo no he visto ningún caso mortal por parálisis intestinal sola.

Varios medios tenemos para influir en la parálisis intestinal. Podemos recurrir á los enemas que pueden ser de agua fresca, pero que prestarán más servicio si empleamos sustancias excitantes de la contractilidad intestinal, quinina disuelta en agua ó cocimientos de manzanilla, sustancias salinas como cloruro ó sulfato sódico, glicerina sola ó acompañada con cierta cantidad de líquido, para no irritar la mucosa rectal, la trementina, etc... Estos enemas pueden practicarse siguiendo la técnica usual, pero si la parálisis reviste cierta importancia emplearemos los enemas altos; nos valdremos en este caso de una cánula de 50 cm. de longitud que llegue hasta la Siliaca y cólon ascendente, y por ella introduciremos el líquido excitante de la contractilidad intestinal. Años atrás no se creía conveniente purgar á las enfermas laparotomizadas: no así hoy día en que nos valdremos de este medio, al cabo de 36 horas de la operación, porque entonces el tubo digestivo todavía disfruta de cierta tolerancia; el purgante de elección será el citrato de magnesia á pequeñas tomas ó los calomelanos en paquetes de 20 cgm. cada dos horas hasta obtener deposiciones. A veces no logramos vencer la parálisis intestinal con estos medios y entonces puede acudir-se á la galvanización del abdomen, cual se emplea en el tratamiento de la extrangulación interna; también empleamos medios mecánicos; así aconsejaremos á la enferma que adopte diversos decúbitos, algunos recomiendan que se ponga cabeza abajo ó se sienta en la cama. Si la parálisis intestinal no obedece á tales medios será porque se acompaña de otras complicaciones infectivas. La punción del abdomen, para dar salida á los gases retenidos se practica raras veces y aún en estos casos se trata casi siempre de complicaciones infectivas concomitantes.

Todavía hay otras complicaciones traumáticas, pero así como las anteriores

tenían sello local, éstas influyen en toda la economía. Constituyen lo que los ingleses conocen con el nombre de *shock*, llamado también *agotamiento* y *perfrigeración*; estos trastornos, que son de origen nervioso, evítanse en las demás operaciones gracias á la anestesia, no así en laparotomía. El primer grado (perfrigeración ó concentración) de los mencionados desórdenes es muy frecuente; la enferma se halla más ó menos concentrada, hay desigualdad en la distribución del calor, pues, las extremidades están frías y la axila caliente, el pulso es pequeño, contraído y frecuente, preséntase verdadero estupor. Pero después aparece la llamada *reacción*, el calor se hace periférico, reaparece la transpiración cutánea, el pulso se despliega y desaparece la perfrigeración. Si el cuadro fenomenológico apuntado se exagera tendremos diversas gradaciones que ocasiona el *shock* que puede acabar con la vida de la mujer; las extremidades pueden enfriarse completamente á pesar de la alta temperatura de la sala de operaciones y de la habitación donde esté colocada la enferma, el pulso se hace pequeño y frecuente, las pupilas se dilatan, las facultades intelectuales decaen, aparece el llamado *sudor por expresión* que es pegajoso y depende de la expresión de sus glándulas cutáneas, por haberse contraído las fibrillas que las rodean, los latidos cardíacos vuélvense tumultuosos y la enferma acaba por morir. Estos fenómenos ocurrirán en las primeras horas después de la operación, pues, si pasa este período ya no hemos de aceptar la terminación, aunque sea fatal, como dependiente del *shock*. No siempre la forma de trastornos nerviosos se presenta de igual modo; hay una conocida por *agotamiento*, que ha motivado muchas discusiones, porque se han designado con aquel nombre cosas que no son lo mismo. Es difícil comprender como la enferma que á las 48 horas de la operación está reanimada, presenta luego fenómenos nerviosos que acaban con su vida; lo cierto es, sin embargo, que se presentan casos en que esta forma de agotamiento, caracterizada por la depresión del sistema nervioso, baja temperatura, pulso frecuente, poca actividad de las funciones intelectuales, decaimiento de todos los actos fisiológicos, orina escasa, etc., y finalmente elevación térmica central que no guarda proporción con el pulso ni con la de las extremidades y que aparece poco antes de la muerte. Cabe preguntar si el conjunto de fenómenos indicados, es realmente un agotamiento ó alguna otra complicación infectiva del tipo de las infecciones hipotérmicas. En las estadísticas veremos muchas enfermas que mueren por agotamiento; quizás se deberá este curioso fenómeno á que el cirujano, de este modo, intenta salvar su responsabilidad, achacando el fracaso de la operación á un accidente, contra el cual nada podemos. Nada más lejos de la verdad que esta suposición, pues, la complicación conocida por *shock* ó *agotamiento*, obedece á la importancia de las operaciones que se practican, y tanto es así, que no se presenta en las pequeñas operaciones de laparotomía, apareciendo en cambio cuando la intervención quirúrgica reviste gran importancia; una de las circunstancias que influyen más en este concepto es el tiempo que

dura la operación y el estado general de la enferma: contra este pccc puede el ginecólogo, pero respecto al primero puede abreviarse mucho con buena técnica y destreza.

Por lo que toca á la causa de estos fenómenos nerviosos, sabemos que reside en la irritación del simpático; es un hecho conocido la distribución de aquel nervio por la superficie de la serosa abdominal y su irritabilidad, que puede paralizar distintas vísceras. Ya Cl. Bernard había suprimido la función renal, excitando el simpático; se echa de ver, por lo tanto, que extendiéndose la irritación á todo el organismo puede resentirse el sistema nervioso central, presentándose el *shock*, gracias á la acción de aquél sobre los nervios vaso constrictores. De aquí los desórdenes en la circulación central y periférica, de aquí la contracción de las fibrillas, que comprimen las glándulas sebáceas, de aquí la dilatación de una pupila y contracción de la opuesta; en una palabra, todos los trastornos nerviosos reconocen la misma causa.

Los medios generales de tratamiento consisten en calentar las extremidades inferiores, en el empleo de medios excitantes, inyecciones de morfina, inyecciones de suero, de eter, etc... Todos estos medios bastarán si los desórdenes no son muy profundos, pues si estos se acentúan mucho, la terminación es fatal á pesar de todos los recursos á que podamos recurrir.

Tenemos que hablar de otro trastorno que no es exclusivo de la laparotomía, y es la anemia aguda á consecuencia de hemorragias copiosas; puede aparecer aquel estado durante la operación, pero se necesita que la hemorragia sea considerable. Como la muerte por este mecanismo puede producirse, es bueno que el ginecólogo aproveche la vía que tiene abierta para inyectar sustancias que sustituyan en cantidad la sangre perdida; cuando hay falta de líquido sanguíneo en el sistema circulatorio, este absorbe la serosidad sobrante para restituir en poco tiempo la cantidad de sangre, pero si la hemorragia es muy intensa, ó la circulación no se verifica bien, por no poder absorberse la serosidad puede venir la anemia aguda y en pos de ella funestos resultados. Así pues, si en el acto operatorio ha venido una hemorragia fuerte deberemos practicar el lavado peritoneal para que el líquido se absorba por la serosa y pueda reconstituir la sangre perdida, en cantidad. A favor de este procedimiento veremos levantarse el pulso y desaparecer el alarmante cuadro descrito. Pocas veces hay necesidad de recurrir á las inyecciones en el tejido celular sub-cutáneo y á la transfusión sanguínea: podemos también en estos casos utilizar la vía gástrica para rehacer la economía. Finalmente diremos que las complicaciones traumáticas se presentan con tanta más frecuencia cuanto más importante ha sido la operación.

Pero las complicaciones más frecuentes y temibles que pueden ocurrir después de la laparotomía, son las infectivas; todas las que hemos estudiado hasta ahora, aunque comunes, no revisten gravedad excesiva y solo en determinados casos pueden terminar fatalmente. Adviértase que las complicaciones infectivas

á pesar de los progresos de la Cirugía, no han podido abolirse y ellas son las que conservan la gravedad de la operación. Veamos, pues, que complicaciones son estas y que causa reconocen.

A semejanza de las complicaciones traumáticas podemos dividir las en locales y generales ó localizadas y generalizadas. En el primer grupo se incluyen una serie de fenómenos, de poca importancia unos y de mucha trascendencia otros. Uno de los más frecuentes es la supuración de la herida, que puede revestir distintas formas; á veces sólo constituye una supuración limitada en el trayecto de los hilos de sutura, colección de pus que se forma del sexto al octavo día después de la intervención y que se manifiesta por el dolor que acusa la enferma en la región de la herida, aunque en ocasiones ni este síntoma hallamos y sólo al levantar el apósito vemos rubicunda aquella y al retirar los hilos de sutura se ve alguna gota de pus, hay alguna induración y después de salir aquel producto patológico ha cesado el accidente. Esta es la complicación infectiva de menos importancia. Pero algunas veces la supuración puede ser difusa, poniéndose la herida roja y tumefacta y acentuándose los fenómenos generales; el pulso es frecuente, la temperatura llega á 39°, y al propio tiempo vemos asomar pus alrededor de los puntos de sutura, extendiéndose luego más ó menos hasta que se agota y solo queda una cicatriz como señal. Otra complicación viene representada por la formación de flemones y abscesos en la vaina del músculo recto; desde el momento en que no evitamos el corte de este órgano, puede infectarse formándose el flemón en su vaina, pero como quiera que esta formación es algo tardía, queda encerrada en aquel estuche aponeurótico, aunque después se abre paso sosteniéndose algo la supuración. Este accidente termina bien y sólo obliga á algunas curaciones más, mayor limpieza de la herida y lavado de la misma con alguna solución ligeramente antiséptica; si alguna consecuencia tiene la expresada complicación no aparecerá hasta algunos meses después.

La supuración local se debe como toda complicación infectiva á la existencia de microbios patógenos, pero se dirá ¿cómo pueden llegar estos á producir sus efectos después de lo que hemos practicado? ¿de qué manera pueden alcanzar la región incólume después de una perfecta asepsia de la piel? No lo sabemos todavía; se ha culpado á los hilos de sutura afirmando que la seda no era bastante aséptica, pero con un mismo carrete de esta sustancia se han realizado varias suturas y mientras unas enfermas se infectaban, otras no sufrían el más leve contratiempo. ¿Influye en la citada complicación algo individual? Aunque hoy la tendencia sea huir de las tan cacareadas *propensiones individuales*, debemos confesar que algo habrá de esto, pues observaciones repetidas demuestran que hay individuos que tienen más facilidad que otros para sufrir tales complicaciones. Ya sabemos lo difícil que es tener una herida estéril y por tanto pudiendo llegar microbios á la herida puede suponerse que ésta no tendrá condiciones iguales en todos los sujetos, la serosidad, por ejemplo, que

llega á la herida no tendrá los mismos efectos en una enferma que en otra. De todos modos, esta complicación no reviste gravedad, pues siempre acaba favorablemente.

Es fácil que influyan en aquellos efectos los apósitos, y aquí haremos constar que las complicaciones se observan mucho más con los antisépticos que con los asépticos y se comprende; basta recordar que la esterilización microbiológica es imposible y por tanto á los efectos citados de predisposición individual han de sumarse los irritantes de los antisépticos que obrando sobre los elementos anatómicos, los colocan en las peores condiciones de resistencia para luchar con los microbios.

Otra de las complicaciones infectivas localizadas tiene lugar en la serosa peritoneal, ocasionando las llamadas *peritonitis* que tienen gran importancia en la práctica de la laparotomía; reviste la peritonitis dos formas; una generalizada y otra localizada. La primera conocióse antes con el nombre de *traumática* por ser consecutiva á grandes traumatismos, como puede llamarse hoy *operatoria* por presentarse después de las intervenciones quirúrgicas de importancia; llamémosla como la llamemos, ha sido el espantajo de la laparotomía, puesto que era muy frecuente en esta operación: realizábase esta felizmente y á los tres ó cuatro días venía un escalofrío y manifestábase la peritonitis y la enferma fallecía sin remedio. El accidente raras veces ocurre en los momentos que siguen al acto operatorio, por lo común acontece dos, tres ó cuatro horas ó días después; iniciáse por un escalofrío, viene luego el dolor que comienza siendo localizado pero que se extiende rápidamente á todo el abdomen con carácter lancinante, pungitivo y espontáneo, la enferma queda envarada y no puede sufrir ni las cubiertas de la cama, la cara se contrae, altérase la voz y se presentan vómitos. Estos, primero son acuosos hasta que el estómago ha vaciado su contenido, después adquieren color verdoso y hasta pueden ser porráceos; son además incoercibles. Al propio tiempo existe meteorismo, el abdomen se abulta de tal modo que el diafragma sube hacia arriba y dificulta la respiración; sin embargo, los síntomas esenciales se refieren á la temperatura, respiración y pulso. La primera puede llegar á 40° pero si alcanza 39° es ya característica para el diagnóstico, la respiración es superficial y frecuente; respecto al pulso adquiere propiedades especiales (*pulso peritonítico*) por su frecuencia, pequeñez y dureza; respecto á la primera puede llegar á 140 y 160 pulsaciones por minuto, pudiendo medirse con seguridad exacta, pues aunque sea casi filiforme, vibra con fuerza. El cuadro descrito se exagera aumentando el meteorismo, no hay deposiciones ni expulsión de gases, la piel se cubre de un sudor pegajoso y al calmar el dolor tenemos un signo evidente del próximo fin de la enferma, la agonía es cortísima y termina con un vómito ó parálisis cardíaca. El cuadro descrito que es gráfico y no deja dudas acerca del diagnóstico, es siempre el mismo y no poseemos medios para curarlo, pero sí para evitarlo, y la prueba está en que hoy raras veces se observa, habiendo sido frecuentísima en tiempos anteriores.

Investiguemos ahora la causa de tales fenómenos; su evidente analogía con lo que se llama en Patología médica *peritonitis por perforación* hace suponer que dependerá del derrame en el peritoneo de líquidos sépticos ó infectantes: recuérdese la facilidad de producir heridas viscerales y comprenderemos que gracias á estas y á que el contenido de los tumores abdominales puede fácilmente caer en la cavidad del peritoneo, estalle la peritonitis. Cuando no cuidamos de dejar la serosa limpia, cuando hay grandes traumatismos y extensas zonas dislaceradas, se crean condiciones favorables para el desarrollo de la peritonitis; por esto echamos mano de varias prácticas para evitarlo (manera de proceder en la operación, limpieza seca y húmeda del peritoneo, drenaje) y gracias á ello, hoy no se presenta sino en contados casos. A veces el operador por ser sobrado sencillo el caso, va muy confiado y al menor descuido puede derramarse un líquido que puede ser tóxico en el peritoneo y que hace estragos por ser este órgano virgen. Algunos años atrás se discutía la oportunidad de la intervención quirúrgica en muchas enfermedades ginecológicas, los quistes del ovario, p. ej.: se dejaban *madurar* porque de este modo el peritoneo se ha alterado en su manera de ser, han existido inflamaciones repetidas que han alterado su textura y la serosa cubierta de capas de neoformación de tejido conjuntivo es más apta para resistir la inoculación. En una palabra, los antiguos encontrándose inermes buscaron condiciones de defensa en el organismo; entonces se comprende que se operara de preferencia en un abdomen alterado que en uno virgen, en cambio hoy ocurre todo lo contrario.

En cuanto al tratamiento, diremos, que no esperamos nada del curativo porque no da resultado y todo lo fiaremos á los medios de previsión antedichos.

No siempre la infección del peritoneo es generalizada sino que puede ser localizada, apareciendo, en este caso, en dos formas: primitiva y tardía. En la primera preséntase un cortejo de síntomas que recuerdan los de la peritonitis generalizada aunque falta á veces el escalofrío, y el dolor está limitado á una región determinada, umbilical, fosa ilíaca, etc... el pulso es frecuente, los vómitos aparecen aunque no con la intensidad y rebeldía que afectan en la peritonitis generalizada. A veces para aquí la cosa, pero en cambio otras va más adelante recorriendo distintas gradaciones, aunque por lo general terminen siempre bien.

La peritonitis tardía se distingue de la precedente por el tiempo en que aparece y el carácter de los fenómenos. Por lo que toca al primero, diremos que se presenta á los 15 días, 3 semanas y hasta un mes consecutivamente á la operación; en lo que se refiere al segundo se caracteriza por la remisión de los fenómenos. Preséntase por cualquier causa, ó porque la enferma se ha levantado demasiado pronto, ó porque ha verificado ejercicios prematuramente, ó porque se ha indigestado ó ha sufrido un corte de transpiración, etc... Aparece una induración marcadísima, que desaparece á más ó menos tardar y que acom-

paña los fenómenos dolorosos. El mecanismo de esta complicación es infectivo, localizándose el proceso en aquel sitio por las condiciones especiales del caso; puede haber p. ej.: infecciones atenuadas que se presentan tardíamente en virtud de condiciones favorables. Como se ve, la infección que termina bien, es de la misma naturaleza de la que termina mal. El tratamiento de esta peritonitis exige quietud en la cama durante varios días, fricciones con calmantes, purgantes y en caso necesario acudir al masaje para favorecer la reabsorción de los exudados. Han de guardarse en una palabra, las reglas higiénicas y dietéticas para obtener la curación.

Otra complicación infectiva es la septicemia aguda ó agudísima, peritoneal ó abdominal, que se presenta después de la laparotomía con mayor frecuencia que la peritonitis, pues esta la evitamos de un modo bastante seguro, no así la primera, que sigue apareciendo de vez en cuando y ocasiona el mayor número de fallecimientos después de la operación. Estas septicemias revisten un cariz especial y tienen un curso distinto de la septicemia quirúrgica usual y pueden afectar dos formas; la agudísima y la aguda, pues la subaguda y la crónica no se encuentran en la laparotomía. La forma agudísima recorre su ciclo en 36, 48, todo lo más 60 horas y se diferencia de la peritonitis por no ofrecer los notables síntomas que esta determina; las más de las veces, la complicación no tiene prodromos, el escalofrío inicial no se presenta ó la enferma no lo nota, tampoco hay vómitos, en una palabra, el estado general es satisfactorio y las señales del mal deben buscarse en las curvas termográficas, neumográficas y esfigmográficas, como también en el rostro de la enferma. La temperatura se eleva, aunque este síntoma no es constante, pues á veces hay verdadera hipotermia; el pulso es frecuente llegando á latir 110 y 120 veces por minuto; también se halla mayor frecuencia respiratoria y así tenemos un síntoma más para afirmar el diagnóstico. Si después de la operación y una vez la enferma empieza á reaccionarse y viene la transpiración, no baja la temperatura, debemos augurar mal; antes de acentuarse los síntomas, la enferma puede sentir cierto malestar y ansiedad generales y antes de que el pulso ó la respiración indiquen la gravedad del cuadro, aparecen los fenómenos característicos ó sea los cambios en la fisonomía. Así como en la peritonitis la faz se pone contraída, en este caso vuélvese lisa y estirada y de un aspecto tan particular que una vez visto no se olvida ni confunde; desaparecen los surcos naso-labiales y la cara se asemeja á una mascarilla de cera; estos síntomas nunca engañan. Por lo demás, el aspecto de la enferma es inmejorable, pero difícilmente se pasarán doce horas sin que fallezca; la respiración se hace frecuente y viene la muerte con integridad de las funciones intelectuales ó con delirio, apareciendo un síntoma muy importante referente á la secreción urinaria y es la disminución ó falta de esta, dependiente de parálisis renal ó de la septicemia.

En la forma aguda suele persistir la secreción renal, además en aquella la duración del cuadro es de 4 ó 5 días, apareciendo los mismos fenómenos. Pre-

séntase también delirio con intervalos de lucidez y quizás síntomas de peritonitis si esta existe á la vez que la septicemia; á veces hay dolor, vómitos, falta de expulsión de gases y materias fecales, como también puede no haber síntomas por parte de la cavidad abdominal.

Respecto al origen de la septicemia, ignoramos aún si se trata de una infección general del organismo ó si reconoce otra causa. «Septicemia» significa infección general, pero son muchos los que tienen dudas acerca del particular pues el cuadro fenomenológico descrito parece más propio de una intoxicación y es muy diferente del que vemos en la septicemia quirúrgica habitual. Tales diferencias pueden explicarse por las condiciones de localidad operatoria: pues se comprende muy bien que no hay paridad entre un muslo amputado, p. ej.: y la gran superficie cruenta que obtendremos en la extirpación de ciertas neoplasias abdominales. Verificada la infección por líquidos virulentos de la neoplasia, aquella debe extenderse fácilmente evolucionando por completo la septicemia en cortísimo tiempo, gracias á las condiciones existentes en la cavidad abdominal. Por este motivo, la septicemia de que tratamos ha recibido el calificativo de *peritoneal*, ya que se aparta algo del curso de las demás septicemias.

Parece realmente extraño que á pesar de tantos y tan refinados medios asépticos, pueda venir tal complicación; los ginecólogos devanábanse antes los sesos en busca del modo como podía realizarse la infección y sospecharon de los hilos de sutura, de los instrumentos, manos del operador, etc..., perfeccionando cada día la práctica de la asepsia. Pues bien, á pesar de los adelantos modernos no se ha podido evitar la septicemia como se evita, p. ej.: la peritonitis. El hecho depende de que la septicemia se desarrolla por muchas concausas; un gran número de laparatomías obligan á interesar el tubo digestivo donde sabemos que existen microbios patógenos, donde hay muchos gérmenes que atravesando las túnicas intestinales pueden llegar á las regiones vecinas, á la serosa, infectándola y produciendo multitud de efectos consecutivos. Pero algo más ha de ocurrir para que se desarrolle todo el cuadro. Así como la peritonitis puede presentarse en los casos más sencillos, la septicemia aparece de preferencia en los más difíciles, cuando el traumatismo es enorme y las asas intestinales han de estar largo tiempo en contacto con la atmósfera. Si el aire no contiene microbios patógenos los lleva discretos, y todas las concausas que ya conocemos pueden influir creando condiciones favorables á la infección; así producen las parálisis viscerales y el colapso que ocasionan terribles resultados. La parálisis renal impide la eliminación de tóxicos y la parálisis intestinal favorece la reabsorción de venenos, al propio tiempo que el colapso deja á la enferma en las peores condiciones de resistencia; quizás la septicemia peritoneal no es una entidad nosológica, pero constituye un cuadro clínico completo; quizás se trate de una mezcla de colapso y parálisis viscerales con la infección, que ha de matar á la enferma.

El tratamiento preventivo de la septicemia reside en la práctica de todos los cuidados asépticos, tanto por lo que toca á la piel como por lo que corresponde al tubo digestivo, inútil es decir que esta precaución se extenderá á todos los materiales que hayan de contactar con la enferma. A renglón seguido adoptaremos técnicas que disminuyen en lo posible el traumatismo ó la duración del acto operatorio; es un hecho comprobado que esta complicación como todas las que revisten carácter grave, va disminuyendo en manos de un mismo operador á medida que este lleva mayor número de laparotomías, á proporción que vence con mayor rapidez los accidentes operatorios y acorta el tiempo en que practica la intervención. Esta observación se relaciona con la Patogenia que hemos apuntado.

En cuanto al tratamiento curativo, puede ensayarse todo, pero sin resultado. Al interior se ha administrado la quinina, la antipirina, digital, morfina, sin más beneficio que prolongar algo las horas de la enferma. En algunos casos, no ha faltado valor para volver á abrir el vientre; la enferma se reanimará, el pulso adquirirá mayor tensión, tal vez vendrán deposiciones, es fácil que venga la diuresis, pero la enfermedad seguirá su curso y acabará fatalmente. También se ha ensayado el suero, aunque inútilmente, á pesar de que aumenta la tensión arterial y la diuresis; lo propio diremos del empleo de la electricidad y de los abscesos fijos y de suero antiestreptocócico. Tan convencidos estamos de la inutilidad de nuestros esfuerzos que si la enferma se salva nos preguntamos si ha habido error de diagnóstico.

Aparte de estas complicaciones hay algunas otras que no haremos más que indicar. Entre estas podemos incluir la *extrangulación interna*, que se presenta durante la convalecencia de la laparotomía y que no debe confundirse con la peritonitis ni con la parálisis intestinal, por más que tengan semejanza. Para remediar este accidente puede volverse á practicar la operación buscando la causa de aquel que será algún recodo ó bien bridas y adherencias. Otra complicación no tan rara como la anterior es la flebitis de la ilíaca, que presenta el mismo cuadro de la *flegmasia alba dolens*; nos exponemos á ella cuando hay gran desarrollo de los plexos venosos; su causa parece residir en un trombus venoso que ocasiona dolores é hinchazón de las extremidades. Todas las enfermas se han curado espontáneamente, sin que podamos hacer nada por nuestra parte, quedando como consecuencia del mal un edema en las piernas que puede durar meses, años y á veces toda la vida.

Como consecuencia tardía de la operación ocurren eventraciones que se deberán al poco cuidado, al excesivo desarrollo del vientre, á trabajos fatigosos por parte de la mujer, á predisposiciones individuales, etc..... La capa músculo-aponeurótica cede y el peritoneo se insinúa entre esta separación formando hernia debajo la piel. Podemos hacer mucho para prevenir este percance, así como para evitar sus adelantos; para esto la enferma llevará protegida la cicatriz para impedir que las vísceras graviten sobre ella; lograremos tal resultado con una

sencilla faja ventral que se adapte á la forma del abdomen. No hay peligro de extrangulación interna, pues el agujero de salida de las vísceras es muy holgado, y solo ocasiona molestias; sin embargo, en ocasiones hay que volver á operar para corregir dichas eventraciones.

Lección XVIII

Enfermedades de la vulva y vagina.—Vulvo-vaginitis.—Abscesos de la vulva y vagina.—Bartolinitis.—Vulvo vaginitis senil.—Id., atrófica.—Edema y gangrena de la vulva.

El orden que seguiremos en el estudio de las enfermedades del aparato genital femenino en particular, será el topográfico, de fuera adentro ó sea desde la vulva al suelo pelviano. Así pues, la primera región que estudiaremos será la vulvar, que por sus relaciones de vecindad la englobaremos junto con la vaginal en un solo capítulo. Las afecciones de estos órganos las dividiremos en infectivas, dependientes de una mala conformación, adquirida ó congénita y neoplásicas.

El primer grupo comprende las enfermedades llamadas vulvo-vaginitis, que presentan distintos caracteres. En el concepto etiológico pueden dividirse en dos grandes grupos: uno que incluye las vulvo vaginitis *vulgares* y otro que abarca las *específicas*; las primeras no reconocen por causa un agente determinado con especificidad reconocida, al paso que las últimas tienen por origen un agente particular, siempre el mismo y único capaz de producir la afección. En el primer grupo figuran como factores etiológicos, microbios sin carácter específico, como *streptococcus*, *staphilococcus* y hasta microbios saprógenos que se encuentran abundantemente en la región; en el segundo encontraremos vaginitis originadas por microbios más ó menos específicos, así tenemos las vulvo-vaginitis blenorragicas, tuberculosas, disentéricas, diftéricas, etc.....

La vulvo-vaginitis vulgar tiene una Etiología variada, común á todas las inflamaciones; el gran número de causas productoras de enfermedades ginecológicas obra aquí, pudiendo ocasionar diversas variedades de vulvo-vaginitis vulgares. El agente eficiente lo tenemos siempre á punto, pues en la región de que tratamos existen constantemente *streptococcus*, *staphilococcus* y microbios saprógenos que de discrecionales que son, pueden convertirse en patógenos. En cuanto á causas determinantes las encontramos á granel; influye en tal concepto la edad que casi nos obligará á estudiar las vulvo-vaginitis de la infancia, edad adulta y vejez, pues en cada período de la vida, la expresada afección presenta un sello distinto, variando la forma clínica de la misma: tiene también importancia el clima y por tanto la estación y prueba de ello es que las vulvo-vagini-

tis son más frecuentes en verano que en invierno, porque la mayor circulación periférica y el abundante sudor pueden irritar la parte. No echaremos en olvido las causas traumáticas; de aquí la frecuencia de las vulvo-vaginitis en las masturbadoras y durante los primeros coitos, como también en la abusiva repetición de estos últimos, de aquí que el parto vaya seguido ordinariamente de aquella enfermedad, como fenómeno consecutivo. A veces las vulvo vaginitis reconocen por causa determinante enfermedades febriles generales, entre las que figuran en primer lugar las exantemáticas, pues el exantema toca aquellas regiones y gracias á las condiciones favorables que deja para los microbios, pueden desarrollarse estos apareciendo la vulvo-vaginitis.

Después de lo que hemos indicado nada diremos respecto á Patogenia; todas las causas que hemos dicho preparan el terreno gracias á lo cual se desarrollan los efectos propios de la enfermedad. Las alteraciones locales que forman el sello anatomo-patológico de la afección varían mucho según la intensidad que esta despliega; gracias á esta diversidad de lesiones podemos establecer tres tipos: uno que comprende la vulvo-vaginitis *simple*, *catarral* ó *critematosa*, otro en el cual hay ya desgaste de tejido formando ulceración y constituyendo la forma *ulcerosa* y finalmente otro en que la inflamación acaba formándose pus, lo que forma la variedad *supurada*.

En la vulvo-vaginitis simple, se encuentra rubicundez en la piel, labios mayores y en todas las regiones vulvares y vaginales; las lesiones pueden limitarse á esto, pero además puede presentarse edema en la vulva y vagina; no solo habrá estos fenómenos sino que á consecuencia de la hiperemia exagerada sobrevendrán hiperexcitaciones funcionales que se traducirán en leucorreas mucosas ó purulentas. En este caso la enfermedad reviste ya cierta importancia. Después de este tipo viene el ulceroso que empieza por ser catarral, pero que gracias á la intensidad de la hiperemia, ocasionará dificultades circulatorias, necrosándose en parte los tejidos y apareciendo la ulceración; en las vulvo-vaginitis vulgares estas ulceraciones son superficiales y solo se encuentran á la entrada de la vagina, no comprendiendo más que el epitelio de la mucosa; en el conducto vaginal solo se encuentran excoiaciones, hasta que las pérdidas se reponen y todo vuelve á la normalidad. Otras veces y precediendo á la tercera forma, se flogosea el tejido celular sub-cutáneo, formándose en el colecciones de pus que ocasionan verdaderos flemones y abscesos. En resumen, son tres las formas principales de la vulvo-vaginitis supurada: flemones de los labios mayores, de la glándula de Bartholino y perivaginales, siendo la primera la más frecuente: la vulvo-vaginitis supurada es frecuente, pero dada la extrema facilidad de penetración de las bacterias por las múltiples excoiaciones que puede haber, nos extrañaremos de que no lo sea más todavía en su localización de abscesos y flemones de los labios mayores. La parte se presenta rubicunda, tumefacta, caliente y dolorosa espontáneamente ó á la presión.

Otro de los puntos donde se localizan estas infecciones es la región corres-

pondiente á las glándulas de Bartholino, colocadas á cada lado de la vulva cerca del hímen y de las ninfas; la inflamación de las glándulas puede obstruir el conducto excretor de las mismas. Pasado el período agudo puede quedar en uno de los lados de la vagina un tumor ó elevación rubicunda y dolorosa que á veces impide andar á la enferma, fórmase en una palabra un verdadero absceso que supura sin más consecuencias que las que observamos en los abscesos de los labios mayores, con más tendencia á limitarse que estas últimas. Sin embargo, en ocasiones, sea por las circunstancias en que se halla la economía, sea porque han ocurrido grandes traumatismos ó porque la infección es muy virulenta, los flemones se extienden al tejido celular vecino y pueden ocasionar el desarrollo de supuraciones difusas de la vulva y hasta la *peri vaginitis disecante*, habiendo variantes que dependen de la causa, de la constitución de la enferma y de la virulencia de la infección.

Otra forma de vulvo-vaginitis es la gangrenosa, pues toda inflamación puede terminar por gangrena; fórmase chapas gangrenosas en la vulva y sus labios mayores, que pueden alcanzar también á la vagina, originando pérdidas de sustancia y apareciendo deformidades después de las granulaciones de reparación. Con lo que hemos expuesto, basta para tener idea de la anatomía patológica de las vulvo-vaginitis.

Los síntomas casi podemos deducirlos de lo que hemos indicado; variarán para cada forma y son en su mayoría locales. Los subjetivos se refieren á una sensación de peso que la enferma acusa en sus genitales, viene después escozor y quemazón, tras esto aparece el dolor lancinante tan molesto que casi impide á la enferma la deambulacion y ciertas posiciones, como la sentada porque se comprime la parte afecta, al propio tiempo el coito resulta doloroso; fuera de esto no habrá ningún síntoma más, á excepción, tal vez, de una corta pérdida leucorreica. Si la forma es ulcerosa los síntomas se acentúan, llegando á ser dolorosa la micción por el contacto de la orina con la superficie ulcerada. Estos fenómenos adquieren todo su carácter al llegar á la forma supurada, hay escalofríos, frecuencia del pulso, elevación de temperatura, inapétencia, etc... En la forma simple se ve rubicundez y edema de la vulva, en la ulcerosa se desprende el epitelio, en la supurada puede reconocerse el flemón y en la gangrenosa, las chapas mortificadas.

El curso de la vulvo-vaginitis es distinto según la causa á que se debió; si es hija de un traumatismo accidental casi podemos decir que se curará por sí sola, trátase, p. ej.: de una dolencia de aquella índole originada por el abuso del coito, pues reprimiendo éste pasará aquella manifestación. En otros casos, en cambio, la enfermedad es persistente aún dentro del terreno de la agudez, pues, á veces adquiere el sello de la cronicidad; la vulvo-vaginitis de la infancia, p. ej.: es sumamente rebelde, pues no se trata de una causa accidental sino que la enfermedad va ligada á condiciones que persistirán mucho tiempo; algo por el estilo ocurre en la vejez, en la cual esta enfermedad adquiere la for-

ma ulcerosa y reviste modalidades especiales rebeldes al tratamiento, formándose además un proceso atrófico que produce retracciones de los tejidos y causa la atrofia de la vulva. También resultará modificado el curso, si se trata de una enfermedad aguda febril, pues en este caso la vulvo-vaginitis adopta las formas ulcerosa y supurada, acusando un carácter notable de intensidad; sin embargo, aún tratándose de una vulvo-vaginitis simple, puede hacerse indómita á todo tratamiento, si bien es cierto que en estos casos el organismo de la mujer tendrá condiciones favorables para el desarrollo de estas manifestaciones rebeldes. De modo, que respecto al curso hay vulvo-vaginitis modificadas por la edad, las hay de curso propio y las hay perturbadas por otras enfermedades.

El diagnóstico es fácil de formar aún antes de que inspeccionemos á la enferma. Respecto al diagnóstico diferencial, lo haremos más adelante al tratar de las enfermedades con que puede confundirse la vulvo-vaginitis.

El tratamiento es sumamente variado, en razón á la gran variedad de tipos que presenta la dolencia. Si se trata de la vulvo-vaginitis simple, echaremos mano de los recursos higiénicos y procuraremos separar la causa del mal; si la vulvo-vaginitis se debe al coito excesivamente repetido, mientras no apartemos éste, aquélla continuará, cumpliendo con este precepto llenamos la indicación más racional. No tendremos la pretensión de obrar sobre la parte afecta matando el microbio para extinguir el proceso infectivo; el empleo de soluciones antisépticas muy fuertes sólo servirá para aumentar la vulvo-vaginitis, por destruir el elemento anatómico y favorecer la aparición de las formas ulcerosa y supurada. Por estas razones importa echar mano de los recursos higiénicos y más que todo del reposo. Con todo, pueden usarse soluciones antisépticas muy débiles ó sencillamente agua cocida en forma de lavados vulvares para limpiar la parte. Algunas veces prescribiremos un baño de asiento tibio que producirá notables efectos por la acción beneficiosa del calor húmedo. Si queremos que la forma aguda no se haga crónica, intervendremos con energía pero prudentemente; si la forma es celurada, nos propondremos favorecer el proceso cicatricial y limpiar la parte; las pomadas con sub-nitrato de bismuto, ácido bórico, yodoformo, son muy recomendables; si la úlcera es viva é irritable sólo usaremos el primero de estos cuerpos, si es tórpida recurriremos al yodoformo. También podemos acudir á las irrigaciones vaginales que emplearemos según las formas que hayamos de tratar, si aquella es leucorreica la solución será astringente, si no tiene un tipo determinado valdrá más usar de una solución antiséptica sencilla. El taponamiento vaginal es útil en las formas crónicas. Si la vulvo-vaginitis es supurada debe darse salida al pus con el bisturí; tal sucede en las inflamaciones de las glándulas de Bartholino. Si la ulceración se hace rebelde, el tratamiento debe de ser enérgico, usando de preferencia la cauterización con el nitrato de plata, cloruro de zinc, etc., que se aplican sobre la superficie de una úlcera ó una placa gangrenosa, en las cuales queremos operar un cambio completo. El tratamiento de la vulvo-vaginitis es, pues, variado para cada forma de aquella.