

EL DRENAJE PELVI-VAGINAL EN GINECOLOGÍA

por el doctor

J. SOLER JULIÁ

Médico del Hospital de la Santa Cruz, de Barcelona

Es mi propósito tratar únicamente del drenaje de la pelvis en lesiones ginecológicas y exponer una vez más la técnica que sigo hace años con resultados altamente satisfactorios.

Hace algún tiempo que FAURE se propuso demostrar los inmensos servicios que el drenaje a lo MIKULICZ puede presentar en intervenciones ginecológicas practicadas sobre órganos infectados o solamente sospechosos de infección, como muchas salpingitis mal enfiadas, ciertos fibromas en vías de necrosis y todos los cánceres de útero sin excepción, tanto del cuerpo como del cuello.

Dice el gran ginecólogo de París, en un artículo publicado en *La Presse Medicale*, que al principio encontró vivas resistencias. Es siempre difícil a los hombres cambiar de costumbres, y los cirujanos no son una excepción a esta regla general; y es aún más difícil cambiar cuando se vive, como nosotros hemos vivido mucho tiempo, admirados de los resultados, a veces milagrosos, a que nos han acostumbrado los magníficos procedimientos de la cirugía aséptica, lo cual hace que casi hayamos renunciado a mejorarlos por medios técnicos, creídos que los que hoy poseemos se acercan a la perfección. Muchos de nosotros no aspiran ya a nada más que al descubrimiento de alguna vacuna preoperatoria, que se busca mucho y se encontrará algún día, que nos libre para siempre del temor a infecciones mortales en la gran cirugía peritoneal. Pero la vacuna salvadora no la tenemos aún a nuestra disposición...

Las resistencias a aceptar el MIKULICZ, sigue diciendo, han sido muchas, más a pesar de todo, en esta cuestión, la evolución de las ideas y de las costumbres ha sido más rápida de lo que esperaba. Sin duda ello es debido a que la eficacia es tan evidente que los que han podido comprobarla se convierten en propagandistas convencidos. El hecho de ver curar sin complicaciones a las enfermas que antes nos tenían inquietos durante unos días, les ha convencido de que debían abandonar la práctica de una cirugía arcaica, haciéndoles ver que la perfección en el arte quirúrgico está precisamente en el hecho de curar casi con seguridad a todos los operados, en lugar de jugar con su vida bajo el dogma de vientre cerrado.

Al exponer las indicaciones del MIKULICZ, dice FAURE que donde está más indicado es en las operaciones pelvianas y sobre todo en las histerectomías,

que es donde se encuentran reunidas las condiciones ideales para su empleo, ya que en estos casos obra no solamente por dejar el vientre abierto, sino porque aísla la pequeña pelvis infectada, cuyas paredes laterales, vesical y rectal, en operaciones sépticas están siempre infectadas, por perfecta que se haya podido llevar a cabo la peritonización. Además, uno de los elementos que más contribuyen a la difusión de esta infección son las asas intestinales, y en particular, las del intestino delgado, pues, debido a su gran movilidad, toman en la pequeña pelvis los agentes de la infección y los transportan a toda la cavidad peritoneal. Ahora bien, cuando la cavidad pelviana se llena por un MIKULICZ, las asas intestinales encuentran en él una barrera que les impide ir a infectarse al fondo de la pelvis y precisamente a eso se debe la extraordinaria benignidad del curso post-operatorio, la flacidez del vientre, el bienestar de las enfermas, la falta de vómitos y de cuantos fenómenos que a más de molestos nos tienen inquietos durante dos o tres días por no saber como acabará el caso.

Hoy puede afirmarse que la batalla por el MIKULICZ, en cirugía ginecológica, está ganada, sobre todo después que cuantos lo han ensayado han visto que empleándolo sistemáticamente en la histerectomía por cáncer del cuello bajaba la mortalidad de tan temida operación a la normal de las histerectomías por fibromas o por salpingitis.

Hasta aquí lo que dice FAURE. He querido recordar sus ideas porque quiero sirvan ellas de base para en pocas palabras demostrar la bondad de la técnica objeto de la comunicación.

Aunque no es mi propósito hablar de las ventajas del drenaje en ginecología, sobre el vientre cerrado, ni de sus indicaciones, como es éste un asunto que ha tenido sus épocas, que ha pasado un período en que se drenaba siempre, seguido de otro en el cual casi nunca se dejaba drenaje, épocas que yo he vivido; hoy que CADENAT y PATEL, ponentes del tema «El drenaje en cirugía abdominal» en el XXXVI Congreso Francés de Cirugía que acaba de celebrarse en París, dicen que en el momento actual todo el mundo está de acuerdo en no drenar, no sólo después de las operaciones regladas (ablación de fibromas, de quistes, de salpingitis supuradas cerradas, histeropexias, etc...) sino tampoco después de la extirpación de tumores incluidos (a condición de una buena peritonización) ni en los casos de hemorragias intraperitoneales, principalmente en las roturas por embrazos tubáricos, y en cambio cada día es opinión más unánime la de drenar después de operaciones practicadas por supuraciones pelvianas y cáncer del cuello, me place decir que siempre he sustentado este criterio y lo he puesto en práctica.

Ya en el III Congreso de Médicos de Lengua Catalana, que tuvo lugar en Tarragona en junio de 1919, presenté una comunicación sobre «Tratamiento de las grandes lesiones inflamatorias anaxiales y sus complicaciones» en la que exponía las ventajas y buenos resultados obtenidos con el drenaje.

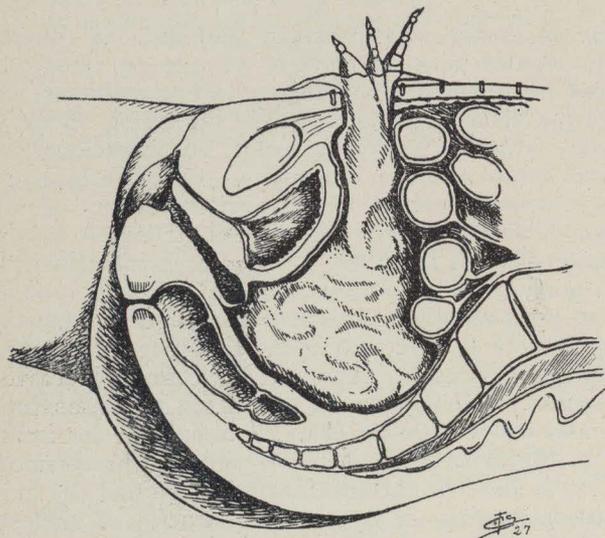


Figura n.º 1

Ahora bien ; este drenaje ¿ cómo es mejor colocarlo a lo MIKULICZ o saliendo por la vagina ?

En la comunicación al Congreso de Tarragona expuse y defendía ya el drenaje pelvi vaginal, técnica que había aprendido del malogrado maestro Dr. Alvaro EZQUERDO, que no tardó en seducirme y que ocho años más de práctica han hecho sea hoy un ferviente partidario.

Las causas principales por las que se deja drenaje son dos : hemorragia e infección.

Como todos suponen me refiero a la hemorragia en sábana, a la que tiene lugar al nivel de una superficie desperitonizada y que puede constituir un peligro inmediato por la persistencia y también por ser un excelente medio de cultivo dentro de una cavidad peritoneal, que, dada la causa por la cual hemos practicado la operación, no es posible asegurar sea del todo aséptica.

La infección constituye la verdadera y lógica indicación del drenaje abdominal. Inútil decir que me refiero a la infección debida a las lesiones por las cuales se ha practicado la operación, no a la que pueda tener por causa algún descuido del operador.

El drenaje a lo MIKULICZ cumple muy bien el objeto por el cual se coloca precisamente por dirigirse contra la hemorragia y contra la infección. Contra la hemorragia de manera directa por el indiscutible poder hemostático de la gasa, y algo por presión. Contra la infección porque la gasa crea adherencias inmediatas, realizando así de manera artificial el excelente medio de defensa natural del peritoneo. Son muchas las operaciones que practicamos por lesiones anaxiales supuradas, o por flógosis de la baja

pelvis en las que, sólo para poder llegar al foco de la lesión, nos vemos precisados a destruir las defensas que la naturaleza había creado con el fin de localizar la infección, defensas que destruimos del todo al extirpar el foco enfermo, ya que deshacemos las adherencias que junto a él se habían formado, y como casi siempre queda un terreno infectado, o muy sospechoso, de ahí la necesidad de ayudar a la naturaleza mediante el taponamiento para que con rapidez pueda crear nuevas aglutinaciones que aislen este terreno del resto de la cavidad abdominal. Es más, dice FAURE con mucha razón, que aquél impide desde el primer momento que el intestino delgado toque el sitio infectado y gracias a su gran movilidad transporte los agentes de la infección a toda la cavidad peritoneal.

En la figura I se ve como queda colocado un MIKULICZ en la baja pelvis, cumpliendo las indicaciones que acabo de enumerar : hemostasis cuando no ha sido posible peritonizar, establece adherencias que aislan la baja pelvis del resto de la cavidad abdominal, e impide que los intestinos vayan al foco de infección.

La figura II nos muestra como queda colocado el taponamiento drenaje pelvi-vaginal. Como se ve, cumple exactamente las mismas indicaciones que enumera FAURE en defensa del MIKULICZ ; la gasa hace la hemostasia de manera igual, crea adherencias que aislan la baja pelvis del resto de la cavidad abdominal, de la misma manera que lo hace el MIKULICZ, e impide que los intestinos vayan al foco de infección, de la misma manera que lo hace el MIKULICZ.

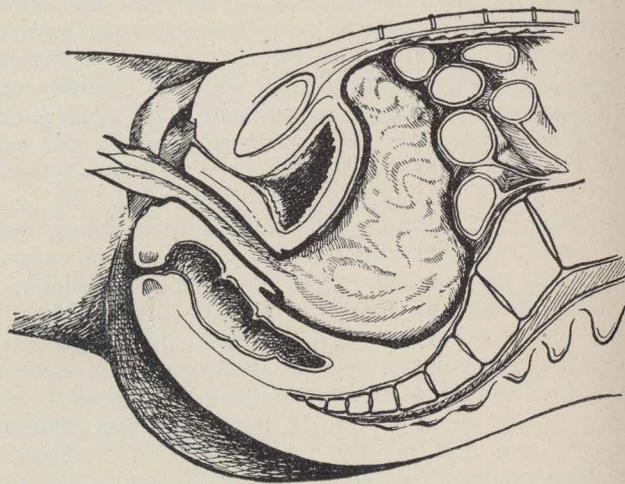


Figura n.º 2

Aceptado que el drenaje pelvi-vaginal cumple las mismas indicaciones que el MIKULICZ, salta a la vista la primera ventaja : el poder cerrar del todo la pared abdominal. El MIKULICZ con excesiva frecuencia es causa de eventración y lo es casi siempre

con seguridad si se siguen las indicaciones de FAURE de no retirar la gasa principal, es decir, la que lleva el fiador, hasta los diez días. La eventración causa las molestias y acarrea los peligros de toda hernia; sólo es curable con la operación, y si, como es natural, el ponerse sobre una mesa de operaciones representa siempre un sufrimiento moral para el paciente, excuso decir lo que ocurrirá si se ve obligado a repetirlo siendo sabedor de los sufrimientos y malos días que se pasan, sin hablar del peligro, remoto si se quiere, pero que existe, ni de los trastornos de índole social que para el paciente puede ésto significar.

Otra ventaja del drenaje pelvi-vaginal es la forma en que éste se lleva a cabo. El declive natural hace sea más seguro y no ocurra lo que he visto muchas veces con el MIKULICZ, que al retirar las gasas aparece una cantidad de secreción retenida en el fondo de la pelvis, lo cual no es de extrañar si recordamos que la gasa drena por capilaridad, que a veces los exudados son expesos y viscosos y la gasa satura rápidamente dejando de funcionar la capilaridad, hecho que corroboran CADENAT y PATEL en su ponencia al Congreso francés de Cirugía. Claro que una vez formadas las adherencias no tiene esto gran importancia en cuanto a infección, pero sí la tiene porque ello obliga a poner un tubo con lo cual se retarda el cierre de la pared abdominal y, por tanto, aumentan las probabilidades de eventración.

Es más, hay casos complicados en que es preciso hacer alguna sutura intestinal que puede en algún punto fallar; otros en los cuales por el desprendimiento de adherencias queda una pequeña porción de intestino en malas condiciones de vitalidad, viniendo el esfacelo con la consecutiva fístula estercorácea a los pocos días. Si esto ocurre, el haber drenado por la vagina hace que el percance sea menos molesto durante el tiempo que tarda en cerrarse, ya que muchas de estas fístulas curan espontáneamente.

Quizá los incondicionales del MIKULICZ encontrarán como inconveniente el que para colocar éste drenaje deba practicarse la histerectomía total. Para mí ésto no sólo no es un perjuicio, sino que resulta beneficioso para la enferma; es más, si se quiere puede colocarse por el DOUGLAS, pero, en general, no es de aconsejar porque su abertura no da espacio suficiente para retirar las gasas cómodamente; sólo es recomendable en los casos en que precisa dejar alguna gasa que obre como hemostático contra una hemorragia en sábana, sobre todo si se conserva el útero.

A una paciente a la que se ha practicado la subtotal por lesiones anexiales que obliguen a dejar un MIKULICZ, creo no se aumenta el peligro en lo más mínimo si se practica una total, ya que la vagina puede dejarse antes de la operación en aceptables condiciones de asepsia. En una baja pelvis infectada o sospechosa de infección, que durante la operación se mantiene aislada del resto de la cavidad abdominal, y se mantiene aislada precisamente por el temor a la infección existente, es puramente ilusorio el peligro de la vagina; es más, ¿no practicamos histerectomías totales por lesiones infectivas del útero y por neoplasias? En estos casos sabemos existe

infección y por ello no sólo no dejamos de operar, sino que practicamos la operación radical necesaria, que es la total.

Además, nadie ignora la gran frecuencia con que el cuello del útero es asiento de degeneración maligna; pocas semanas hace ha habido un caso en el Hospital en una operada de subtotal hace seis o siete años en Buenos Aires, que por cierto padecía prolapso. Si extirpando el cuello evitamos este peligro, creo vale la pena de hacerlo, siempre, claro está, que se trate de casos como de los que estoy hablando; en operaciones asépticas (histerectomías por fibromas, etc.) en las que abrir la vagina puede significar un peligro, practíquese la subtotal.

Hay quien aduce en contra de la total el que pueden presentarse prolapsos vaginales, lo cual, dicen, no es tan probable que ocurra si se conserva el cuello del útero por conservarse alguno de los ligamentos de sostén. A esto contesto categóricamente que la práctica no lo demuestra; si la paciente no estaba ya con relajación de las paredes vaginales es rarísimo que se presente este caso, pues a más de los tejidos que normalmente sostienen la vagina y que para nada se tocan, se forma en su extremo un tejido fibroso que hace se mantenga aquella más firme en el fondo de la pelvis. Yo no recuerdo ningún caso.

En resumen; el taponamiento drenaje pelvi-vaginal creo cumple las mismas indicaciones que el MIKULICZ, con las grandes ventajas de no dejar eventración y drenar más naturalmente.

La técnica que sigo es muy sencilla: practicada la histerectomía en un tiempo si es posible, o extirpando después el cuello, si por dificultades técnicas no ha podido hacerse en un tiempo, una vez peritonizado lo mejor posible el fondo de la pelvis, introduzco por la vagina el tallo de CONILL, que lleva montadas en su extremo tres compresas; distribuyo las laterales por la baja pelvis de manera quede por completo aislada, y la tercera distribuida por encima de manera que aisle todo cuanto pueda aun parecer sospechoso. Un ayudante saca el tallo que ha salido por el extremo vulvar de la vagina dejando que las compresas salgan algo por la vulva. Sutura de la pared del vientre. Al quinto día comienzan a retirarse las compresas para suprimirlas del todo al día siguiente o esperar más si no salen con facilidad; ya retiradas, irrigación vaginal diaria. A los 12 ó 14 días puede la enferma abandonar el lecho, ya que en general no se presentan complicaciones y la pared del vientre está del todo cerrada. La baja pelvis resulta favorecida por la posición vertical ya que los exudados que puedan aún formarse salen con más facilidad por aumentar el declive.

Según los casos introduzco con las compresas un tubo de goma con agujeros laterales, que saliendo por la vulva lo hago salir también por la pared abdominal. Este tubo queda reservado a los casos en que parezca habrá mucha secreción y puede retirarse al retirar las gasas.

Con el fin de conocer los resultados he buscado la estadística de las operaciones practicadas por mí desde 1.º de octubre de este año en la visita de ginecología del Hospital de la Santa Cruz donde presto

mis servicios bajo la dirección del jefe y buen amigo Dr. PUJOL y BRULL, quien, con la amplitud de espíritu propia de las personas de talento, no sólo no impone un criterio determinado, sino que favorece cuantas iniciativas se le exponen encaminadas a mejorar el servicio, y así ha logrado que hoy sea el suyo, dados los medios con que cuenta el viejo Hospital, un servicio que honra a él, honra al Hospital y hace nos sintamos honrados de trabajar allí los que a él pertenecemos.

F. A. *Hist.* n.º 25.—Anexitis doble, izquierda supurada. Histerectomía total; drenaje pelvi-vaginal. Ingresó 29 septiembre. Alta 13 noviembre, curada.

L. S. *Hist.* 68.—Salpingitis doble, derecha supurada; fuertes adherencias epiploicas e intestinales con quistes de reacción inflamatoria. Histerectomía total; drenaje pelvi-vaginal. Ingresó 16 diciembre; alta 15 enero, curada.

M. G. *Hist.* 100.—Anexitis doble con pelvi-peritonitis post-aborto. Histerectomía total; drenaje pelvi-vaginal. Ingresó 5 enero; alta, 19 febrero, curada.

D. M. *Hist.* 111.—Anexitis doble supurada. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó 16 enero; alta 19 febrero, curada. (Operada por el Dr. G. RIBAS).

V. P. *Hist.* 141.—Salpingitis plástica doble supurada. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Operada 3 marzo. Alta, 3 abril, curada. Tuvo fístula estercorácea por la vagina, que curó espontáneamente.

M. C. *Hist.* 302.—Anexitis doble. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó 3 agosto. Alta 14 septiembre, curada.

F. V. *Hist.* 312.—Quiste paraovárico derecho supurado, anexitis izq. supurada; fuertes adherencias epiploicas e intestinales. Ingresó 21 septiembre. Operada de urgencia por el dolor y paresia intestinal. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Muere el 25 septiembre al parecer de peritonitis (no pudo practicarse autopsia).

C. P. *Hist.* 313.—Anexitis supurada. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó el 17 agosto; alta, 21 septiembre, curada.

I. E. *Hist.* 329.—Quiste ovario multilocular, fuertes adherencias intestinales y a la baja pelvis; quiste ovario izq. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó 17 septiembre; alta, 12 octubre, curada.

T. G. *Hist.* 336.—Fibromatosis uterina y anexitis. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó el 7 septiembre; alta, 12 octubre, curada.

A. G. *Hist.* 339.—Anexitis supurada y fibroma subperitoneal. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó el 25 agosto; alta, 15 octubre, curada.

C. C. *Hist.* 341.—Pelviperitonitis y quiste dermoide con anexitis doble. Histerectomía total; taponamiento pelvi-vaginal. Ingresó el 30 julio; alta, 15 octubre, curada.

Particularmente durante este tiempo he operado tres en la Clínica: una por cáncer de cuello uterino; otra por cáncer del cuerpo, y la tercera por un proceso plástico de anexos y baja pelvis, con resultado en todos satisfactorio.

Son, pues, catorce las practicadas por mí y una por el Dr. J. RIBAS, con una defunción, o sea un 6'30 por ciento. El resultado no es, pues, inferior al obtenido con el MIKULICZ.

Y terminé recordando las palabras de FAURE, en las que se queja de que muchos cirujanos acostumbrados a procedimientos con los que obtienen buenos resultados renuncian a mejorarlos por medios técnicos, creídos de que aquellos se acercan a la perfección, y apoyado en ellas me permito recomendar el

taponamiento pelvi-vaginal porque técnicamente reúne alguna ventaja sobre el MIKULICZ.

RÉSUMÉ

L'auteur expose les avantages du drainage dans les interventions pelviennes employées pour les organes infectés ou supposés infectés (salpingite, fibromes en voie de nécrose, tous les cancers de l'utérus sans exception) expliquant les indications et la technique du Mikulicz, dont le fondement ne consiste pas seulement en drainage mais encore spécialement dans la séparation de la grande séreuse du petit pelvis en établissant une barrière qui contient les intestins et empêche que ceux-ci recueillent en leurs mouvements péristaltiques les matières septiques et les sèment par tout le péritoine.

L'expérience a démontré que le Mikulicz remplit entièrement son objet dans les grandes indications du drainage: l'hémorragie et l'infection, mais la circonstance de devoir laisser le ventre ouvert en l'appliquant, et la fréquence relative de l'éventration post-opératoire, conséquence de cette pratique, font qu'on n'a pas à faire à un procédé parfait.

Il expose dans le suivant sa méthode personnelle déjà décrite au mois de juin de l'an 1919 au troisième congrès des médecins de langue catalane.

De cette manière il obtient un drainage déclive, commode et rationnel qui ne retient aucune sécrétion; un autre avantage de la méthode dans les cas compliqués consiste en survenant une fistule. Le dommage est moins gênant pour la malade pendant le temps qu'il met à se fermer.

L'auteur mentionne ensuite une casuistique de 14 observations de malades auxquelles il fallait appliquer cette méthode de tamponnement pelvien avec un seul dé-cès, ce qui ne rabaisse de nulle manière le Mikulicz classique.

Après avoir exécuté l'hystérectomie totale et une fois péritoinisé le fond du pelvis, on introduit à travers de la section vaginale un conducteur qui tient monté à son extrême trois compresses qui se distribuent dans la partie centrale et dans les parties latérales du pelvis de manière à isoler complètement la petite cavité. Un adjudant frictionne doucement le conducteur jusqu'à faire entrer les compresses de gaze dans la vulve terminant l'opération par la suture complète du mur par plans.

En quelques cas il introduit en même temps que les compresses un tuyau de gomme avec des ouvertures latérales qui sortent par la vulve et paraissent aussi à travers la paroi abdominale. Le cinquième jour on commence à retirer les compresses, pour les supprimer entièrement le jour suivant, ou l'on attend plus de temps, si elles ne sortent pas avec facilité. Une fois retirées, irrigation vaginale de chaque jour. Après 12 à 14 jours la malade peut déjà se lever.

SUMMARY

The author explains the advantages of the drainage in the pelvic interventions performed upon injected organs or those suspected (badly cooled salpingitis, fibromes becoming necrotic, all uterine cancers without exception). He explains both Mikulicz technique and indications which chief fundament consists not only in draining but most particularly in separating the large serosa from the small pelvis setting up a barrier which holds the intestinal loops preventing the latter in their peristaltic movements from picking up the septic material and from scattering them all over the peritoneum.

Experience shows that the Mikulicz fulfills its object in the great indications of the drainage: hemorrhage and infection but the fact that it is necessary to leave the belly open with its applicator and the relative frequency of post-operative eventration, as a consequence of this procedure, cause it not to be treated with a perfect method.

Next he states his own personal method as already described in June 1919 at the third Meeting of Physicians of Catalonian Language.

In this manner he secures a declive drainage both comfortable and rational not leaving any retained secretion; another advantage of this method in complicated cases, lies in the fact that if a fistule ensues the trouble to the patient is less severe while closing up.

He presents 4 cases, intervened on account of serious gynecological affections, where it was required to apply this method of pelvic plugging with only one death which result is, by no means, inferior to the classical Mikulicz.

Following a total hysterectomy and once the fundus of the pelvis in a peritonitis state, a conductor with three pads on its end distributed through the central portion and lateral parts of the pelvis so as to isolate completely the small cavity, is introduced through the vaginal section.

As assistant rubs gently the conductor till the gauze pads appear through the vulva, ending the intervention with a complete suture of the walls through planes.

In some cases a rubber tube with lateral holes coming out of the vulva and also appearing through the abdominal wall, is introduced together with the pads. The pads begin to be withdrawn on the fifth day so as to eliminate them altogether the following day, or it may be necessary to wait longer if they do not come out easily. Once withdrawn, daily vaginal irrigations. The patient can get up within 12 or 14 days.

ZUSAMMENFASSUNG

Es legt der Autor die Vorteile der Drainage bei den Eingriffen am Beckens dar, welche auf infizierte oder der Infektion verdächtige Organe angewandt werden, (Salpingitis, Fibrome auf dem Wege zur Nekrose, alle Cancerarten des Uterus ohne Ausnahme) indem er die Indikationen und die Technik von Mikulicz kommentiert, deren Fundament nicht nur im Dränieren besteht, sondern besonders darin, die grosse Serosa vom kleinen Becken zu trennen, eine Grenze aufrichtend, welche die Exkremente des Darmes enthält, und es verhindert, dass diese bei ihren peristaltischen Bewegungen die septischen Materiale auflesen und sie über das ganze Peritoneus ausstreuen.

Die Erfahrung erweist dass der Mikulicz vollständig seinen Gegenstand erfüllt bei den grossen Indikationen der Drainage: die Hemorrhagie und die Infektion; aber der Umstand, bei seiner Anwendung den Leib offen zu lassen und die relative Häufigkeit der nachoperativen Eventration, als Folge dieses Verfahrens, bewirken es, dass es sich nicht um ein vollendetes Vorgehen handelt.

Er legt in dem Folgendem seine persönliche Methode dar, bereits im Juni 1919 beschrieben, auf dem Kongresse der Ärzte catalanischer Sprache.

Auf diese Art erhält er eine geneigte Drainage, bequem und rationnell, welche garkeine zurückgehaltenen Sekretion belässt, ein anderer Vorteil der Methode in komplizierten Fällen besteht darin, einer Fistel vorzubeugen. Das Missgeschick ist für die Kranke weniger beschwerlich während der Zeit, welche die Schliessung auf sich warten lässt.

Er erwähnt in der Folge eine Kasuistik von 14 Beobachtungen bei Kranken, denen bei gynäkologischen ernstesten Fällen beigestanden wurde, bei denen diese Methode des Tamponnements des Beckens angewandt werden musste, mit einem einzigen Sterbefalle, welche Tatsache den klassischen Mikulicz in keiner Weise in seinem Werte herabsetzt.

Nachdem die vollständige Hysterectomie angewandt wurde und ein Mal der Grund des Beckens peritonisiert wurde wird durch den Vaginal-Abschnitt ein Konduktor eingeführt, welcher an seinem äussersten Ende 3 Kompressen angebracht trägt, welche sich über den zentralen Abschnitt und die seitlichen Teile des Beckens verteilen, in einer Art, die die kleine Höhlung vollständig isolieren. Ein Heilgehilfe reibt den Konduktor milde bis zum Herauskommen der Gazekompressen aus der Vulva.

Die Intervention wird abgeschlossen durch das vollständige Zuziehen der Wand in Ebenen.

In einigen Fällen führt er im Anschluss an die Kompressen eine Gummi röhre mit seitlichen Löchern ein, welche aus der Vulva herausragen und auch durch die abdominale Wand erscheinen. Am 5. Tage fängt man damit an, die Kompressen zurückzuziehen, um sie am folgenden Tage vollständig wegzulassen, oder länger warten, ob sie nicht mit Leichtigkeit herauskommen. Ein Mal herausgenommen, tägliche Irrigation der Vagina. Nach 12-14 Tagen kann die Kranke schon aufstehen.

RADIOLOGÍA DEL APÉNDICE

por el doctor

J. CAMBIÉS

Médico de los Hospitales de París y del Balneario de Châtel-Guyon

Entre todos los problemas que se presentan diariamente a la atención del médico o del cirujano, no cabe duda de que la apendicitis y su diagnóstico en todas las edades y más particularmente el de la apendicitis crónica es uno de los que más dificultades ofrece y de los que han originado mayores polémicas entre internistas y cirujanos.

Si parece haber acuerdo en lo que se refiere a la conveniencia de operar los casos agudos lo antes posible, no ocurre lo mismo en lo que atañe a los casos dudosos.

No es suficiente, en efecto, que haya un dolor agudo en el punto de MAC BURNEY para poder afirmar de una manera evidente y segura que se trata de apendicitis. DIEULAFOY, el gran Maestro de la clínica francesa, ya señalaba en sus maravillosas lecciones el peligro que se corre de operar de apendicitis enfermos que sólo padecían entero-colitis, en los que es más peligroso intervenir que abstenerse.

Teniendo ocasión de seguir, ayudando a mi maestro, el Dr. BENSUADE, en el Hospital San Antonio de París, y en el verano, en el Balneario de Châtel-Guyon, especializado en el tratamiento de las enfermedades del intestino, muchos enfermos que presentan síndromes dolorosos de la fosa ilíaca derecha, — los unos operados de apendicitis sin mejoría o con trastornos mayores (los rasguñados de Plombières y de Châtel-Guyon, como decía DIEULAFOY) — los otros no operados, hemos pensado que podría ser muy útil hacer un mejor diagnóstico de estos síndromes dolorosos por exploración muy atenta con los Rayos X, del lado derecho del vientre, particularmente, por la inyección del apéndice.

Muchos autores, en América del Norte y del Sur, sobre todo, han estudiado esta cuestión, pero muy pocos, ante las dificultades ofrecidas para llenar el apéndice con la comida opaca, creyeron que este procedimiento pudiera tener algún valor y dijeron que nada parecía tan semejante a un apéndice enfermo como un apéndice sano.

Otros trabajos y los nuestros demuestran, por el contrario, que este estudio es de primera importancia y que, hoy, no es permitido, a un verdadero clínico, dejar operar un enfermo de apendicitis sin haber hecho, antes, el estudio radiográfico del apéndice y de los órganos vecinos.