

nes anteriormente enumeradas creemos que es preferible la vía hipodérmica, sobre todo a dosis altas desde un principio, realizando así una especie de terapéutica lítica masiva capaz de modificar el proceso antes de que se constituya la adaptabilidad del germen al principio bacteriófago, es decir, antes de que el bacilo de Eberth adquiera la propiedad de la bacteriófago-resistencia, hecho que señalan numerosos investigadores en el curso de la evolución de la enfermedad.

La vía subcutánea no ofrece pues ningún inconveniente ni peligro, pudiéndose administrar dosis elevadas de 5 y 6 cc. durante varios días, sin que aparezca ningún fenómeno de intolerancia. Creemos sin embargo innecesarias las dosis excesivamente elevadas así como demasiado prolongadas, ya que los efectos terapéuticos son los mismos cuando se dan dosis algo menores durante tres o cuatro días sucesivos.

Las reacciones locales son algo molestas para el enfermo, y consisten en dolor en el punto de la inyección, apareciendo de modo inconstante y más cuanto más se repiten las inyecciones. Las hemos observado en los casos uno y dos. Solo en un caso (obs. 1) registramos reacción general que se caracterizó por una elevación térmica aislada, sin ninguna molestia subjetiva ni algún otro fenómeno aparatoso de choque; esta reacción no puede considerarse de ninguna manera como fenómeno proteotóxico o anafiláctico sino más bien en todo caso como resultante de la liberación tóxica que subsigue a la lisis bacteriana. En los demás casos, aun empleando dosis elevadas, ningún fenómeno reaccional general hemos podido observar.

Es sobre la curva térmica donde más claramente se nos muestra toda la acción beneficiosa que del bacteriófago cabe esperar, aunque en cada caso el descenso febril, siempre bastante rápido, adopta caracteres propios. La brusca depresión térmica llega a veces a ser considerable, como nuestra observación núm. 4 en que el descenso fué de 4°,2 en una noche (véase gráfica).

Observando las diversas gráficas que publicamos notamos una rápida iniciación del descenso térmico que adopta preferentemente al tipo anfibólico durante varios días que preceden a la apirexia definitiva. Este anfobilismo aparece unas veces a los dos o tres días de administrar el bacteriófago, en otros al cabo de cinco o seis de tratamiento, en el momento en que suspendemos las inyecciones del producto lítico; otras veces puede faltar, observándose una defervescencia febril rápida. En un caso (obs. núm. 5) hemos visto una persistencia de la fiebre y los síntomas generales a pesar del tratamiento, con estupor y delirio acentuadísimo no apareciendo una ligera remisión general y térmica hasta los nueve días de haber comenzado a administrar bacteriófago y a los tres días de su ingreso.

Paralelamente a la mejoría térmica observamos una remisión de algunos síntomas del cuadro tífico: las manchas rosadas lenticulares, el timpanismo y abultamiento abdominal, las fuliginidades bucales, etc., pero esto contrasta con la persistencia de otros fenómenos clínicos como la hepatomegalia y la esplenomegalia y el síndrome nervioso que es en nuestros casos el último en beneficiar de tal tratamiento pues el estupor con-

tinúa aún algunos días después de iniciado el descenso térmico y a veces persiste en plena apirexia. Diríase que asistimos a una disociación o desmembramiento del complejo sintomático de la tifoidea en la que se desvanecen los síntomas septicémicos dejando a los anatómicos y tóxicos residuales que siguen una más lenta regresión. En conjunto podemos afirmar que mediante la lisis bacteriofágica en clínica, conseguimos una reducción en la duración de la enfermedad o por lo menos un curso morbosos despojado de los síntomas más alarmantes y de su carácter progresivo, adelantando y acortando la presencia del período anfibólico y de la defervescencia definitiva.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- OTTO y MUNTER.—*Deutsch. Mediz. Woch.* 1921, p. 1579.
 BECKERICH HAUDUROY.—Le bacteriophage dans le traitement de la fièvre typhoide *C. R. Soc. Biol.* Enero de 1922.
 HAUDUROY.—Etude sur une epidemia de fièvre typhoide: le role du bacteriophage d'Herelle. *Journal de Pathologie generale*, núm. 4, 1924.
 HAUDUROY.—Le bacteriophage dans la guerison de la fièvre typhoide. *Presse Med.* Abril 1925, núm. 32.
 HAUDUROY.—Le bacteriophage de d'Herelle. Paris 1925.
 SMITH.—*The British Medical Journal.* Julio 1924.
 ARSIMOLES.—Syndrome dysenteriforme produit par le bacille typhique: guerison par le bacteriophage. *Progres medical.* Enero 1922.
 ALESSANDRINI y DORIA.—II Batteriophago nella terapia del tyfo abdominale. *Il Policlinico.* Enero 1924.
 VIOLLE y ROURE.—Quelques essais de traitement de la fièvre typhoide par le bacteriophage. *Presse Med.*, núm. 74. Septiembre 1925.
 DURÁN REYNALS.—El bacteriófago en el tratamiento de la fiebre tifoidea. *Revista Médica de Barcelona*, p. 300. Abril 1925.
 GRAU y DURÁN REYNALS.—*Ars Medica*, p. 60. Marzo 1926.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO CLÍNICO Y AL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE DEL LIGAMENTO ANCHO

por el doctor

JOAQUIN LOPE ONDE

Profesor ayudante de la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, a cargo del Profesor Dr. M. BONAFONTE

En nuestras consultas de ginecología, hemos tenido ocasión de ver un grupo de enfermas bastante numeroso, el cual hasta hoy poca atención ha merecido de los clínicos, y que precisa señarle un cuadro clínico bien definido y desglosarlo de otros procesos, sobre todo nerviosos entre los que siempre se incluye. Estas enfermas que nos indican como síntoma culminante el dolor sin lesión anatómica ostensible, a veces sin localización precisa, por lo difuso o extenso de los dolores y otras molestias puramente subjetivas son de una clasificación difícil, y no se hace caso de su enfermedad por más que ellas atribuyen sus molestias a procedencia genital.

Estas enfermas nos refieren, que sufren dolores abdominales difusos, son dipépticas, estreñidas, llevan pintado el sufrimiento en la cara, padecen de jaquecas, palpitaciones, y otros trastornos los más variados

pero obligándolas a precisar, localizan su punto inicial en el bajo vientre, aunque aquejando dolor en otras partes del cuerpo.

Tratadas por estas molestias que pudiéramos llamar colaterales, no se obtiene mejoría alguna, o si se logra ésta es transitoria, y como el punto inicial de su estado es para ellas su aparato genital, reclaman con insistencia el auxilio del ginecólogo y se someten sin temor a toda medicación incluso las intervenciones más mutilantes, con tal de hacer su vida más soportable.

Observando más detenidamente a estas enfermas, algunas veces, las más, no encontramos nada y las clasificamos entre las falsas uterinas, otras encontramos lesiones mínimas, un catarro cervical poco intenso, un cuello duro y esclerosado, una pequeña desviación uterina, un ovario caído en el Douglas algo grande y sensible, parametrio algo engrosado etc., lesiones que nosotros intentamos corregir y que muchas veces conseguimos con diversos medios tópicos.

A pesar de la desproporción entre la lesión ostensible y la dolencia que acusan, no tenemos más remedio que atribuir ésta a aquélla, explicándonos la desproporción por el estado neuropático de la enferma o el histerismo, cuando no por la simulación.

Casi todas estas enfermas son artríticas, sujetas a congestiones, menorrágicas, esclerosis de diversos órganos genitales y sobre todo de los ovarios. De hecho, muchas tienen pequeños ovarios quísticos, formando un grupo bien estudiado por RICHELET y DOLERIS que por su repercusión en el útero, en forma de congestiones repetidas, acaba por enfermar todo el aparato genital, sin que pueda ponerse en causa una infección cualquiera.

Por si las lesiones del ovario han sido la causa de las congestiones o el efecto de las mismas, el tratamiento ha variado considerablemente, alguna vez las lesiones bien establecidas han sido sujetas a variadas intervenciones pero lo cierto es que a veces las lesiones ováricas son mínimas y una vez abierto el abdomen se han hecho operaciones mutilantes en ovarios pequeños sin resultado alguno en cuanto a los fenómenos dolorosos, llegándose sucesivamente hasta la castración total.

Además es positivo que estas lesiones que pueden legitimar una intervención no se encuentran a veces, concluyendo de todo ello que se trata de un caso simple de neuralgia pélvica.

La frecuencia de estos casos me llevó a buscar en la literatura médica lo concerniente a este punto concreto de la ginecología considerando que el varicocele del ligamiento ancho, sinó es una enfermedad clínicamente bien definida, merece ser tomada en cuenta en el capítulo de las esclerosis genitales, harto mal definidas todavía. Sin embargo, poca atención le dedican los maestros de la Ginecología en los tratados y revistas a juzgar por lo poco que he encontrado. Pozzi lo menciona solo como posible causa de hematocele; BOURSIER aunque le dedica algunas líneas no hace su estudio como enfermedad y lo atribuye de acuerdo con casi todos nuestros casos a embarazos repetidos, prolapso, ovarios escleroquísticos, y por su diagnóstico

impreciso no le dedica más importancia, que a un simple hallazgo operatorio sin importancia, no hablando del tratamiento; FERGUE habla de él, como una de tantas manifestaciones del neuroartrismo genital que acompaña algunas veces a las ovaritis escleroquísticas de origen no microbiano, sin ocuparse de su tratamiento; solamente dice que a veces la ablación de estos pequeños ovarios poliquísticos, no alivia a las enfermas. El

varicocele en la mujer, según el concepto dominante, es un epifenomeno de otras afecciones genitales sobre todo en las relacionadas con el artrismo, y este concepto ha nacido de los estudios que incidentalmente han hecho de él, DUPLEY, PONCET, y PETIT, los cuales describen la lesión anatómica con la esclerosis vascular característica, pero siempre como colateral de las otras existentes; solamente DOLERIS distingue las típicas ovaritis escleroquísticas primitivas, caracterizadas principalmente por la atresia general de los folículos de GRAAF, y aumento de las células intersticiales, de las consecutivas a las ectasias venosas caracterizadas sobre todo por la esclerosis ovárica con edema del mismo. A pesar de esto y de algunas discusiones y de algunos casos clínicos de varicocele tuboovárico primitivo, no aparece bien definida ni clínica ni terapéuticamente esta afección; en donde únicamente hemos visto bien estudiados y agrupados los casos dispersos es en un trabajo de SENCERT sobre el tratamiento del varicocele, y más modernamente GAYLE llama la atención sobre la congestión crónica que motivaría una compresión de las terminaciones nerviosas de los plexos hipogástricos, dando lugar a este dolor tan intenso, CASTEX le atribuye un origen heredo-sifilítico. Con los casos observados en nuestra práctica privada y los de la Facultad de Medicina intentaré esbozar el cuadro clínico de esta afección en su aspecto típico, deglosándola del grupo confuso de esclerosis e inflamaciones anexiales no infectivas para que, si bien a menudo coincide con ellas y no es más que uno de tantos factores de sufrimiento de estas enfermas o una lesión más del artrismo genital, confundiendo-se entonces sus manifestaciones con las del conjunto, pueda al menos ser reconocida cuando se presente netamente y siempre tomada en cuenta cuando acompaña a otras lesiones.

Lo dominante en el cuadro clínico es el dolor; dolor gravativo que sin ser nunca intolerable es a veces bastante fuerte y muy continuo; no impide materialmente el trabajo, pero se exacerba con él.

Las enfermas se quejan de dolores abdominales irradiados a todo el cuerpo, epigastrio, brazos, piernas y a la cabeza, pero apurando un poco el interrogatorio, lo localizan en las fosas ilíacas de donde hacen partir las irradiaciones, localización que comprobamos con una palpación suave y detenida haciendo fijar bien la atención de la enferma en los puntos que exploramos, cosa a veces difícil por tratarse en los casos acentuados de enfermas neuropatas, agotadas por el sufrimiento y la persistencia del dolor, enflaquecidas, muchas veces hastiadas de la vida y con tendencia marcada a generalizar sus dolencias.

El abdomen generalmente tenso por la defensa muscular impide una buena palpación, y cuando ésta,

a fuerza de sostener la presión llega a hacerse profunda, nada se descubre que recuerde la existencia de unos anexos grandes o el plastron de una pelvipertonitis.

Poco de característico tiene la menstruación, que a veces es normal, aunque a menudo algo aumentada e irregular y dolorosa.

Leucorrea abundante y serosa que parece como una verdadera hidrorrea; no suele haber trastornos de la micción y son estas enfermas estreñidas.

Acompaña a todos los casos y nosotros lo hemos observado, la contractura del esfínter vaginal, haciendo doloroso el coito y la exploración digital y por esto mismo y por la presión en los fondos de saco vaginales, hay dispareunia.

Por la exploración combinada se aprecia un útero normal en tamaño, (excepto en los casos en que se encuentre invadido por la esclerosis en que suele estar ligeramente aumentado de tamaño) y situación móvil, pero muy sensible; la movilización lateral es más dolorosa que la presión sobre el mismo. Aunque se trate de enfermas delgadas, casi siempre la exploración combinada de los anexos es difícil por el gran dolor que produce, estos se encuentran normales en la mayoría de los casos, y si están aumentados de tamaño es debido a la esclerosis; no existe fiebre en ningún período de la enfermedad.

Como vemos, el varicocele tiene síntomas propios como son las menstruaciones dolorosas e intolerables, el llamado por GAYLE dolor erótico que se encuentra en todos los casos en que se hace una buena anamnesis, y que revela a modo de una excitación sexual que las enfermas no pueden satisfacer, por que inmediatamente de comenzado el coito se produce un dolor violento que las obliga a suspender el acto sexual. Este dolor desesperante y de una intensidad insospechada se presenta en las paredes laterales de la vagina, se extiende alrededor del ano y fondo de saco de Douglas, y les provoca unas crisis, con contorsiones, y un estado sincopal coincidiendo todo esto con una sensación voluptuosa permanente.

Otro síntoma típico es la leucorrea abundante, tipo de hidrorrea explicable por una producción glandular debido a la congestión permanente, así es que tenemos cuatro síntomas culminantes, la dispareunia, el dolor erótico, la dismenorrea y la leucorrea tipo hidrorrea. Además las reglas de tipo menorrágico, y otros síntomas reflejos como el tenesmo véstico-rectal.

Para nosotros los signos generales que nos permiten sentar el diagnóstico son, el tipo femenino congestivo del hipotiroidismo en general, además de todos los caracteres también descritos por HERTOGUE, Leopold LEVI, que reconocen los signos de hiperovario y hipotiroidismo. Como signos locales son dignos de tener en cuenta esas rugosidades que observamos a la exploración en los fondos de saco vaginales y especialmente en el Douglas, la ausencia de fiebre y de todo fenómeno o lesión de carácter infectivo; a las lesiones negativas que nos da la exploración hay que añadir en algunos casos un desgarró cervical antiguo, cierto grado de retroflexión, un ovario grande perfectamente palpable edematoso o quístico o una cervicitis escler

rosa, lesiones que pueden acompañarle como producto de la misma causa o como derivados de los múltiples partos.

Cuando las enfermas se presentan al ginecólogo, generalmente hace tiempo que sufren, dos años o más y no es raro que en este lapso de tiempo hayan tenido algún embarazo a término sin que por ello hayan mejorado, antes al contrario salvo mejorías transitorias, tienen tendencia a agravarse por sumarse nuevos elementos morbosos a los ya existentes.

Por efecto del éxtasis venoso se congestiona al útero, tendiendo a constituirse la metritis y por relajación ligamentosa, la retroflexión, los ovarios se edematizan con propensión a volverse quísticos, aumentando los desarreglos menstruales y complicando el cuadro clínico en tal forma, que lo que era simplemente una afección vascular local, se transforma en una enfermedad de insólita importancia incurable con respecto a la función del órgano.

Pero aparte de la lesión local que tal importancia puede revestir, el estado general se afecta también, la mujer se agota por el sufrimiento persistente, se hace dispéptica, enflaquece y llega a hastiarse de la vida si el dolor es muy continuado. Otras veces se modifican sin duda las causas y la afección quedará estacionaria o retrograda, quedando entonces el diagnóstico muy hipotético.

Hay tanta parquedad de síntomas que es muy difícil hacer el diagnóstico; en los casos poco acentuados cabe más bien sospecharlo. La antigüedad y fijeza del mal, la sensibilidad al dolor en los ligamentos anchos, la presencia inconstante en los mismos de tumoraciones blandujas y difusas que desaparecen con el reposo y sobre todo, la normalidad aparente a la exploración de todo el aparato genital, nos servirá para sospecharlo. La ausencia de períodos febriles, la poca o ninguna mejoría obtenida por medio de calmantes, antiflogísticos, astringentes, y la transitoria que se obtiene con el reposo, confirmarán nuestras sospechas y justificarán el tratamiento quirúrgico.

Cuando además exista un ovario microquístico, retracción de ligamento ancho por parametritis antigua, retroflexión o cervicitis crónica, es preciso calcular la parte que a cada órgano lesionado corresponde en el síndrome morbo, lo cual a veces solo será posible a posteriori cuando se hayan curado las lesiones asequibles a nuestros medios tópicos.

Con dos afecciones es particularmente difícil el diagnóstico, las adherencias peritoneales antiguas, la neuralgia pévica con o sin histerismo.

En las adherencias peritoneales antiguas encontramos historia de la flogosis antigua, suele haber dislocación fija del útero y el dolor es más constante sin estar sujeto a las variaciones del reposo, y los genitales internos resultan poco movilizables por la exploración. Pero pueden ser tan variadas las formas de adherencias y sobre todo ir acompañadas de varicocele, que a menudo será imposible establecer un diagnóstico en el acto.

También puede confundirse con los dolores pelvianos de las histéricas ambas clases de enfermas tienen síntomas nerviosos variados, pero los dolores ováricos

en estas últimas son más inconstante aun que pueden ser más agudos y la presión profunda por la vagina es menos dolorosa, además en el varicocele observado algún tiempo encontraremos alguna vez la tumoración difusa y blanda.

La multiparidad y la presencia de varices vulvares inguinales y del monte de Venus, pueden encaminarnos al diagnóstico del varicocele. Apesar de todo tratándose de una afección que rara vez se presenta aislada cuya sintomatología está tan clara, a menudo nos será difícil el diagnóstico que solo podremos establecer por exclusión, y a veces por laparotomía exploradora justificada en estos casos por el continuo sufrir de la enferma.

Anatomía Patológica.—Generalmente en ambos ligamentos anchos, pero más en uno que en otro, a menudo el izquierdo, existe un acúmulo de venas tortuosas muy desarrolladas, a veces del calibre de la mediana cefálica, arrosariadas o formando ovillo, situadas en la parte alta del ligamento ancho, debajo de la trompa, a menudo coinciden con alteraciones pequeñas de los ovarios que pueden tener pequeños quistes, según HOFMEIER, STOKELLE, MARTIN, nosotros los hemos observado en alguno de los casos; también es frecuente que estén pro'apsados en el Douglas, es raro que el útero sea grande y blando.

Microscópicamente se observan las alteraciones propias de la esclerosis venosa, que recaen sobre todo sobre la túnica muscular, que se encuentra atrofiada y en algunos sitios sustituida por tejido esclerosado.

Este tejido de esclerosis da lugar a una periflebitis, la cual envuelve las terminaciones nerviosas de las venas, determinando esos dolores tan intensos que en muchos casos es lo que domina.

Etiología.—Si todo lo que produce congestiones repetidas en el aparato genital, fuese capaz de producir el varicocele doloroso como entidad morbosa, seguramente que sería muy abundante, pero precisamente resulta que el gran grupo de las flogosis, el más abundante, no se encuentra entre los antecedentes de nuestras enfermedades como pudimos comprobar al hacer las intervenciones, más bien es posible como causa un desgarró cervical productor de pequeñas infecciones paramétricas o uterinas repetidas, las retroflexiones antiguas con congestión pasiva del útero y los ovarios prolapsados en el Douglas por relajación de los ligamentos infundíbulo pélvicos.

Según CASTEX y CASTANO estas lesiones serían manifestaciones de una heredosifilis, y la causa de estos estados congestivos pelvianos y en general de tipo congestivo con alteraciones de las glándulas endocrinas.

Como causa predisponente hemos de admitir nosotros el artrismo iniciador de todas las estasias venosas y la esclerosis vascular, por eso encontramos varices en las piernas y vulva en muchas de esas enfermas, pero es preciso que además sean neurópatas, en estas condiciones de neuroartrismo, la causa determinante que me parece entrar más en juego, es la multiparidad, sobre todo si son los partos y abortos muy cercanos, produce gran desarrollo vascular que por las condiciones intrínsecas no regresa a los límites

naturales y por el nerviosismo se produce la ectasia dolorosa.

Desde luego queda reducida la etiología a enfermas sobre todo neurópatas y de temperamento artrítico, y múltiparas. La edad más frecuente es de treinta a cuarenta.

Pronóstico. No podemos decir que es grave, pero agota a las enfermas por el sufrimiento continuo y si no les veda en absoluto el trabajo les impide el gozar de la vida aumentando su irritabilidad y haciéndolas unas desgraciadas, y, por las alteraciones consecutivas del útero y ovarios puede constituir una causa perenne de esterilidad.

Tratamiento. Si el varicocele en la mujer, morbos o no, fuera fácilmente diagnosticable, seguramente encontraríamos en muchos casos que se beneficia del tratamiento dirigido a la causa, sobre todo los no muy adelantados, y aún es posible que algunos de éstos tomados por anexitis u otros procesos congestivos pélvicos, hayan mejorado por el tratamiento sin tener ocasión de comprobar el diagnóstico. Siendo la predisponente, una causa general del organismo, contra ella debemos dirigir la medicación al mismo tiempo que contra la lesión ya establecida. Para lo primero, tenemos como principal recurso el reposo en cama, durante muchos días, permitiendo luego gradualmente el ejercicio moderado, paseos en coche o a pie, evitando en todo lo posible estar de pie, la balneoterapia caliente alcalina para combatir el artrismo, y serán de gran utilidad, en este concepto las aguas alcalinas de Caldas de Montbuy y La Garriga, las salinas de la Toja, etc., o con preparados a base de litina u otros disolventes del ácido úrico. La medicación calmante, bromuros, valeriana, y los astringentes, ergotina, hidrastis o hamamelis, etc., serán también de utilidad usados largo tiempo.

Localmente obtendremos gran beneficio con los taponamientos vaginales de glicerina algo apretados y sostenidos de doce a veinte y cuatro horas, y colocados cada dos o tres días, si hay cervicitis debe tratarse esta de modo adecuado, y lo mismo haremos si existe algún vicio de posición, como son las retroflexiones y latero flexiones, pero sobre todo obtendremos grandes ventajas de las irrigaciones vaginales muy calientes y de larga duración (media hora), seguidas de reposo en cama, será también muy útil, como tónico vascular y activante de la circulación local, el masaje vibratorio sobre ambas fosas ilíacas, juntamente con el masaje bimanual de los ligamentos anchos. Pero en los casos inveterados en que fracasan todos estos medios debemos recurrir a la intervención quirúrgica que es el objeto de este trabajo.

Esta intervención consiste en la ligadura de los plexos venosos tubo-ováricos con o sin resección de los mismos y el acortamiento de los ligamentos redondos y sacro-uterinos.

La razón clínica de la laparatomía está en primer lugar en que aún tratándose de una afección leve por sí, el estado general llega a resentirse de tal manera que la vida de estas pacientes se hace insostenible, el estado local sufre también las consecuencias de los trastornos vasculares y a parte de la posible ruptura de una

variz produciendo el correspondiente hemocele, las congestiones uterinas y ováricas pueden determinar la esclerosis de estos órganos, inutilizándolos prematuramente. En estas condiciones y sin obtener resultado alguno por los medios antes citados, está justificada la intervención que sobre no ser grave es el último recurso curativo.

Fundamento anatómico. Dada la disposición de la red vascular útero-ovárica, que recibe la corriente sanguínea de una parte de la ovárica, que lleva una dirección horizontal, y por otra de la hipogástrica de dirección vertical, y carecer las venas del plexo pampiniforme de válvulas y desembocar directamente estas venas en la cava y en la renal, se comprende que han de estar sujetas a gran tensión en su terminación, lo cual dificulta su desagüe cuando han perdido su tonicidad. Por lo tanto la interrupción de la circulación venosa, del plexo ovárico y la formación de un estante mediante el acortamiento de los ligamentos redondos y sacro-uterinos, como dice EMGE, con la elevación del útero facilitaremos notablemente su desagüe, suprimiendo con ello el dolor y la dilatación vascular.

Técnica operatoria. Es extremadamente sencilla la laparatomía subumbilical o la transversal de Pfannesstiel, se aísla el epiplón y masa intestinal como de costumbre, estando la enferma en posición de Trendelenburg, hasta dejar al descubierto el útero y anexos, en los ligamentos anchos inmediatamente debajo de la trompa, encontramos el paquete varicoso que en este momento operatorio a veces es poco visible por que dada la posición declive, las venas están aplastadas vacías de sangre; comprimiendo ligeramente el ligamento infundíbulo-pélvico, se hará más aparente. Tirando el útero arriba y al lado contrario, pondremos tenso el ligamento ancho, no nos queda más que pasar una seda con la aguja de pediculizar, desde la cara anterior y al ras de la trompa, a la cara posterior y desde esta a la anterior dos centímetros más abajo, y verificar la ligadura del plexo ovárico, con lo cual queda interrumpida la circulación venosa del territorio varicoso, hecho esto en cada lado, si es, que en ambos ligamentos anchos existía, procedemos nosotros al acortamiento de los ligamentos redondos haciendo una fijación abdominal según el proceder de DOLERIS, sutura músculo-aponeurótica, con puntos cruzados en U, según BONAFONTE, piel con agrafes.

SENCERT, hace la resección del paquete varicoso, incindiendo la hoja anterior del ligamento ancho, aplica una ligadura en el extremo uterino del paquete, y otra en el ovárico y estirpa lo comprendido entre ambas, después rehace con dos o tres puntos de catgut la hoja incindida.

Como se ve, operación tan sencilla está desprovista de gravedad, y no altera la función genital, algunas de nuestras enfermas, así curadas se hicieron embarazadas al poco tiempo, de modo, que a costa de peligro mínimo obtenemos un gran beneficio, por que la enferma se encuentra bien tan pronto pasan las molestias operatorias.

Algunos de los casos no son muy típicos pero a

menudo se presentan con un cortejo sindrómico, que permite diagnosticarlos o cuando menos sospecharlos y el tratamiento indicado anteriormente, que conduce a la curación, en todos los casos, nos demuestra que el varicocele del ligamento ancho, constituye una afección bien definida, que puede presentarse aisladamente de toda otra afección genital, como también presentarse conjuntamente y coexistir, con otras lesiones que unas veces serán causa y otras efecto del varicocele, y otras tendrán un origen común en el artrismo, desarrollándose a la par, pero aún en esos casos, hay que atender a este elemento morboso, para no dejar incompleto un tratamiento quirúrgico solamente, a corregir una desviación uterina o una lesión ovárica, o para no hacerlo demasiado radical, suprimiendo ovarios que tal vez podrían curar, atendiendo a los elementos morbosos causales de sus lesiones.

Estoy convencido que se habrán hecho muchas castraciones inútiles, y CHALIER y DOUDET refieren un caso de oovrectomía, que tomaron equivocadamente por origen de neuralgia pélvica, en una enferma de su observación, con resultado negativo en cuanto a su curación. A esto tiende esta comunicación, a que se reconozca y se trate directamente el varicocele del ligamento ancho, como entidad morbosa, y a que se le preste la debida atención cuando complica, a otras afecciones genitales, para que no queden incompletos los resultados y evitar en muchos casos operaciones demasiado radicales.

CONCLUSIONES

- 1.º El varicocele del ligamento ancho constituye una entidad anatómica y clínica, en ginecología, que debe ocupar un capítulo aparte en la nomenclatura de las enfermedades.
- 2.º El varicocele presenta sus síntomas propios que son: dismenorrea, dolor erótico, dispareunia, leucorrea; estos signos principales son acompañados de otros reflejos, tales como el tenesmo vésico-rectal.
- 3.º En la afección que en ginecología nos sorprende más en los síntomas subjetivos y menos en los objetivos,
- 4.º Conviene hacer el diagnóstico lo antes posible a fin de poder hacer una cura radical que debe ser quirúrgica y así evitar que con el tiempo el útero y los ovarios se alteren.
- 5.º El proceder que indicamos para la cura del varicocele pelviano es fácil y sencillo y combate la causa mecánica del varicocele.
- 6.º El proceder de esta forma es la base de la fisiología y fisiopatología del varicocele, la onda de reflujo es destruída evitando así la ectasia venosa en los ligamentos anchos determinando la curación del varicole y sus síntomas molestos.

BIBLIOGRAFIA

BOUSSIER	}	Tratados de Ginecología.
FORGUE		
POZZI		
KELLY		
LEOPOLD LEVI.—Etudes sur le Physiopathologie du corps Thiroide et de l'Hipophise. Paris 1908.		

SENCERT.—Archivos de Obstetricia y Ginecología Franceses. París 1924.

COTTE.—Revue de Gynecologie et Obstetrique Française. París 1923.

GAYLE.—La reflexe de l'explanique ou reflexe pelvienne. *La Press. Medical*, núm. 67. 1923.

EMGE.—Tratamiento Quirúrgico de las varices de la pelvis femenina. *The Journal American Medical Association*. 15 de Diciembre de 1925.

CHALIER et DOUNET.—Resection et ovariectomie. *Gynecologie et Obstetrique*. Enero 1921.

CASTANO.—La ligadura de las varices pelvianas. *Presse Medicale*. Diciembre de 1924.

KELLSALC.—La ligadura múltiple como tratamiento de las varices pelvianas. *The Journal American Medical Association*. Enero de 1921.

EMGE.—Acortamiento de los ligamentos redondos y sacro-uterinos. *Surg. Gynecologie and Obst.* Febrero de 1921.

SCHUBERT.—Resección y ligadura de las venas y ventrofijación. *Surg. Gin. et Obst.*, núm. 40. 1925.

CRÓNICA

LAËNNEC (1781-1826)

En este mes, la ciencia médica francesa conmemora el centenario de la muerte de uno de sus más ilustres miembros: LAËNNEC.

En realidad, el homenaje que la Medicina francesa rinde a la memoria de su egregio clínico tiene todos los honores de un homenaje póstumo universal al cual se suman todas las naciones civilizadas. Y es que la magna figura médica de LAËNNEC por su valor representativo en la Historia de la Medicina ejerce ciertamente una irradiación universal.

Todas las etapas históricas de la medicina, desde Hipócrates hasta nuestros tiempos, han tenido su hombre símbolo bajo cuya égida se han señalado nuevos horizontes y derroteros en la marcha eternamente progresiva de la Ciencia. LAËNNEC marca en los comienzos del pasado siglo un momento culminante de la Medicina, el jalón inicial de la Era Moderna.

En la época de LAËNNEC, las ciencias biológicas y de un modo especial su más genuina representante, la Medicina, se desenvolvían todavía dentro de un sofocante ambiente especulativo en el que el empirismo, rutinariamente fiel a las viejas tradiciones, oponía un obstáculo infranqueable a toda renovación. La teoría se imponía aun sobre la realidad de los hechos y la Medicina se hallaba todavía influenciada por la clasificación nosográfica de PINEL basada en la arbitraria concepción de los sistemas orgánicos. Corresponde ciertamente a LAËNNEC la gloria de haberse rebelado contra el rutinario quietismo de la Medicina de sus tiempos, otorgando a la pura observación clínica un valor hasta aquel momento desconocido. El descubrimiento del estetoscopio le permitió la admirable labor de establecer la verdadera significación anatómica de los síntomas y de fundar la descripción y la clasificación de las enfermedades sobre una base anátomo-clínica.

La formación médica de LAËNNEC fué inicialmente anatómica y ella fué, sin duda alguna, la que determinó la formación del espíritu eminentemente objetivista del genio.

Al lado de CORVISART, se despertó en LAËNNEC su pasión hacía los estudios anátomo patológicos. Su enorme capacidad de trabajo unida a un refinado sentido clínico le permitió no solo prodigar sus investigaciones necrópsicas sino el relacionar estas observaciones anátomo patológicas con la evolución clínica de los procesos, creando de este modo una concepción personal de las enfermedades, según la cual éstas eran en todo momento la expresión de una base lesional que las caracterizaba clínicamente.

Esta concepción lesional de los procesos morbosos creada por LAËNNEC hoy debe ser reputada como insuficiente por el hecho de que omite el valor del trastorno funcional creador a veces por si solo de todo el proceso morbo, pero ello se justifica sobradamente si se tiene en cuenta que la fisiología no había pasado todavía de la fase embrionaria en los tiempos de LAËNNEC. Este reparo no empaña lo más mínimo la gloria de LAËNNEC que al fundar la descripción de las enfermedades en la exacta observación de los hechos y al otorgar al síntoma objetivo su verdadera significación morbo, creó de hecho la clínica moderna y preparó el terreno a la más admirable ciencia experimental que han conocido los tiempos, la Fisiología.

Para ello fué preciso establecer previamente una ruda lucha contra la llamada medicina fisiológica patrocinada por BROUSSAIS y que confundía a todos los procesos morbosos bajo una patogenia universal, la irritación de los tejidos consecutiva a una inflamación del tubo digestivo.

Esta teoría inflamatoria defendida tenzmente por BROUSSAIS e infiltrada en el espíritu de la mayoría de los médicos de principios del pasado siglo, solo era fisiológica en el nombre pero no en el terreno de los hechos, ya que se fundaba en conceptos puramente teóricos fruto en su mayor parte de un trabajo imaginativo. Al destruir LAËNNEC las arbitrarias teorías médicas y pseudo-fisiológicas de BROUSSAIS y al hacer de la Medicina una ciencia objetiva basada en la observación y en la experiencia, no hizo más que abrir de par en par las puertas de la Medicina moderna en toda su plenitud.

En el terreno doctrinal de las ideas y de los principios médicos, saludemos pues en LAËNNEC al genio revolucionario y creador a cuyo impulso la Medicina adquirió nuevos y esplendorosos horizontes.

Al lado del aspecto doctrinal de la gran figura de LAËNNEC que hemos tenido especial empeño en poner de relieve por su trascendental significación en la evolución histórica de la Medicina, sobresale asimismo con rasgos enérgicos la personalidad de LAËNNEC como clínico y como médico.

En ese sentido la obra del gran médico francés debe ser considerada como una de las más prodigiosas creaciones realizadas en el campo de la Medicina.

Ya hemos señalado suficientemente el formidable sentido crítico y las excepcionales condiciones de observador que caracterizaban a LAËNNEC; estas cualidades