

Fig. 1<sup>a</sup>

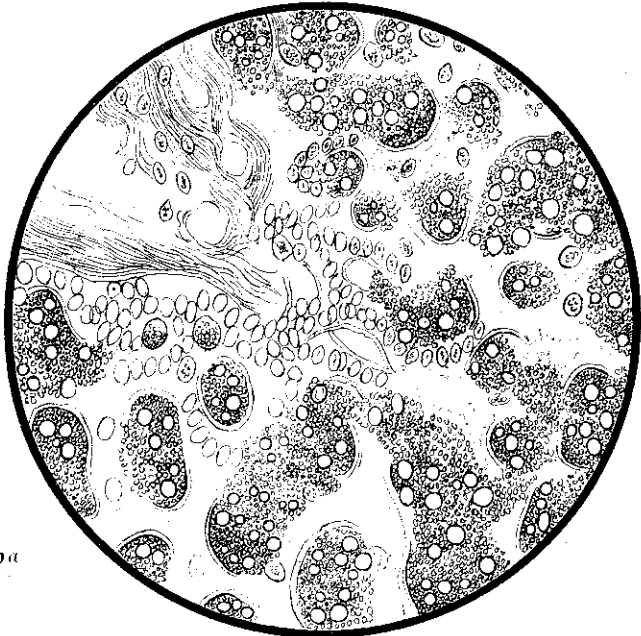
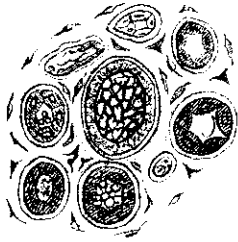
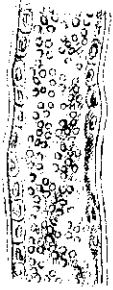


Fig 2<sup>a</sup>



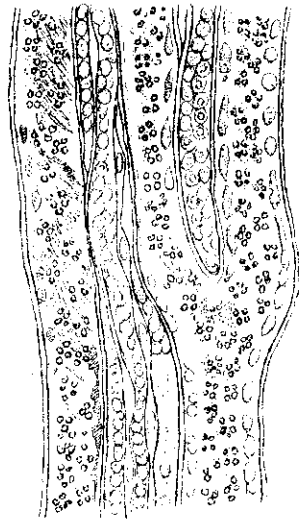
*Fig. 3.<sup>a</sup>*



*Fig. 4.<sup>a</sup>*



*Fig. 5.<sup>a</sup>*



*Fig. 6.<sup>a</sup>*

---

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

GINECOLOGÍA.

---

**PÓLIPO FIBROSO UTERINO DE GRANDES DIMENSIONES,**

OBSERVADO DURANTE SIETE MESES EN EL INTERIOR DE LA MATRIZ.

EXPULSION Á LA VAGINA.—RUPTURA DEL PEDÍCULO CON SIERRA-NUDOS.—EXTRACCION  
CON EL FORCEPS.

REFLEXIONES.

El 12 de Junio de 1883, me consultó la enferma Socorro V... acerca de un padecimiento uterino que la hacia sufrir de tiempo atras.

Esta enferma, de 45 años de edad, de buena constitucion, de temperamento sanguineo, robusta, me contó lo siguiente:

Hacia próximamente diez años que habia padecido de irregularidades en su menstruacion, consistiendo principalmente en ausencia del periodo algunas ocasiones, y escaseces otras. Casada y sin familia, su estado le preocupaba mucho. Esto la indujo á consultar por primera vez con el Dr. Pablo Martinez del Rio, y este señor, segun las explicaciones de la enferma, practicó la debridacion del orificio uterino, que, segun dijo, se hallaba muy estrecho.

Confusos en este particular los recuerdos de la enferma, no puede precisar el tiempo que trascurrió hasta la aparicion ya no solo del periodo, sino aun de hemorragias abundantes que la obligaron de nuevo á repetir las consultas con el mismo Sr. Dr. Martinez del Rio. Dice que la sujetó á otras operaciones como la *raspa*, prévia la dilatacion del cuello uterino. Menciona aún, que por aquel tiempo, el Sr. Martinez le extrajo además un pequeño tumor de la matriz.

Se logró de este modo que las hemorragias cesaran, al ménos en su manifestacion irregular, pero quedó sujeta á menstruaciones notablemente exageradas. Así trascurrieron algunos años. En el de 1882, á las menstruaciones em-

pezó á seguir un flujo blanco tan abundante, que obligó á la enferma á quebrantar sus propósitos de evitar todo nuevo reconocimiento.

Me vió en la fecha citada (12 de Junio de 83) y pude comprobar en mi exámen que la matriz se hallaba abultada, sin definir bien sus límites superiores por la gordura de la enferma. El tacto vaginal me hizo alcanzar un cuello pequeño en longitud, pero ancho y muy duro uniformemente, dureza que se extendía á los fondos útero-vaginales. No admitió por entónces la exploracion con el espejo. Mi juicio fué incompleto: temí se tratara de una degeneracion del cuello invadiendo ya el cuerpo. Expresé mis temores á la enferma, y se resignó para la próxima visita, á dejarse hacer el reconocimiento completo. Vimos entónces lo que el dedo apreciaba bastante bien: un cuello ancho y como tendiendo á borrar, amplitud exagerada hácia los fondos de saco, coloracion normal, ningun salimiento ni depresion. Por via de ensaye apliqué percloruro de fierro en aquella dureza, citando á la enferma para nuevo exámen y aun para cauterizarla si era preciso, un poco más tarde.

Exaltada esta señora por sus padecimientos, y más que todo por la repugnancia al flujo y la hemorragia, me declaró decidirse á cualquiera operacion que pudiera modificarle aquello, y con ese objeto el 28 de Julio nos buscó en la consulta, pidiéndome citara definitivamente el día.

En 30 de ese mes, acompañado del Sr. Dr. Jesus Barrera y del alumno D. Ezequiel Blando, me disponia á nuevo reconocimiento buscando la opinion de mi compañero, médico de la enferma mucho ántes que yo.

Bien cloroformada y hecho el tacto para aplicar el espejo, sentí borrado el cuello y abierto el orificio uterino en la extension de un real. Aplicado el espejo, los tres pudimos ver un tumor que debia llenar la matriz y que reobrava sobre ella tendiendo á ser expulsado. Con algun trabajo insinuamos el índice entre el tumor y el útero, recorriendo la zona inferior del cuerpo extraño que se hallaba perfectamente libre y aun ligeramente movable.

Nuestro diagnóstico ya no pudo ser dudoso: se trataba de un fibroma pediculado ó sea pólipo fibroso, de dimensiones probablemente considerables: le calculábamos el tamaño de una naranja.

¿Qué conducta debiamos seguir? . . . Creí prudente despertar á la enferma y contarle con detalle lo ocurrido, haciéndole ver los peligros de la extraccion inmediata, peligros á que no debia sujetarse, máxime cuando la naturaleza iniciaba ya, ella sola, el trabajo de expulsion.

Por aquel entónces, mi enferma pareció convencerse, y aunque algo desalentada, se resignó á obedecer.

Pocos meses ántes de esta época, habia yo extraido á otra mujer un gran pólipo uterino alojado en la vagina. Esa observacion la presenté á la Academia, manifestando, lo que era natural, la inocencia de la operacion, la prontitud con que la enferma se curó sin accidente de ninguna especie. Entre ese cuadro halaga-

dor y el de una operacion practicada dentro de la matriz, en lucha con el desprendimiento de un gran tumor cuyo pediculo de grueso ignorado, era completamente inaccesible, no habia que vacilar.

Receté á mi enferma una pocion con cinco gramos de ergotina para que tomase por cucharadas una cada hora. El 31 de Julio la examiné con el Sr. Zárraga, hallando la misma situacion.

El 1.º de Agosto me hizo favor de acompañarme á verla el Sr. Dr. Agustin Andrade. La examinó minuciosamente y creyó poder fijar con más precision las dimensiones del tumor, fundándose en que con la extremidad del índice hundido profundamente entre la matriz y el tumor, parecia alcanzar una zona cuyo declive cambiaba respecto al de la zona inferior. Midiendo en su dedo la distancia del punto en que tocaba el contorno del orificio uterino á la extremidad del mismo dedo, llegando al parecer poco más allá del ecuador, limitaba así un cuarto de círculo, y completándolo con otros tres cuartos iguales, daba por dimension aproximada casi la que ántes habiamos calculado. No tuvimos, por lo mismo, ninguna diferencia de opinion, y respecto á tratamiento me aconsejó el Sr. Andrade sustituir el cuerneillo á la ergotina, y practicar á la vez algunas debridaciones en contorno del cuello con objeto de apresurar su dilatacion.

Ese mismo dia, y acompañado otra vez del Sr. Zárraga, practiqué dos debridaciones, una de las cuales sangró bastante. La enferma continuó hasta el dia 16, usando casi sin interrupcion, de tres á cuatro gramos diarios de cuerneillo de centeno. En esa fecha, 16 de Agosto, y habiendo logrado ganar algo en la dilatacion del cuello, me propuse cloroformarla de nuevo y practicar otro reconocimiento con la esperanza de tocar el pediculo y seccionarlo si era posible. Me acompañaron los Dres. Jesus Barrera y Gregorio Orive, más los alumnos Zárraga y Pellicer. Bien dormida la enferma y abatiendo suficientemente el vientre, nuestras exploraciones por la vagina pudieron ser mucho más exactas. Nos cercioramos de que el tumor ofrecia algo más de las dimensiones presumidas, diagnosticamos con evidencia que el punto de insercion era muy alto, imposible de alcanzarse con el dedo: este otro dato, aun más importante: que debia ser de pediculo algo estrecho, toda vez que la sonda uterina podia recorrer con cierta libertad las zonas superiores del tumor. ¿Pero cómo dividir aquel pediculo? La torsion nos pareció muy peligrosa y aventurada; la division con tijeras curvas sobre su plano, suficientemente largas, muy difícil y no ménos peligrosa; la ligadura hasta aquel punto totalmente imposible dadas estas dos condiciones: matriz enteramente llena por el tumor, y abertura de entrada no excediendo del diámetro de una peseta.

Prescindimos de todo, y por única prescripcion sostuve el uso del cuerneillo de centeno.

Mi enferma principiaba á desalentarse; pero en suma, sin grandes dolores,

sin hemorragias formales, no veía yo la indicación de intervenciones peligrosas. Debí agotar toda mi escasa elocuencia sobre el tema, muy decantado ya, de paciencia y más paciencia. A aquellas disertaciones tenía que agregar algo más positivo, y con ese objeto busqué la pinza de falsos gérmenes de Pajot, cuya figura, remedo exacto de un forceps, me facilitaría tomar el tumor en el interior de la matriz.

Pronto me hice muy práctico en su aplicación, y rara era la semana que no terminaba mi discurso acerca del citado tema, sin ejercer sobre el tumor algunas tracciones y darle aunque fuera un quinto de vuelta. Si aquello servía poco á la estabilidad del tumor, no era así respecto á la moral de la enferma; y entre tanto se ganaba tiempo, se irritaba un poquito la matriz y abría en mi ánimo la esperanza de despertarla de su prolongado letargo.

Debo á la amabilidad de nuestro ilustrado Presidente, el Sr. Dr. Agustín Andrade, la indicación de un método sencillo que ensayé en mi enferma y que no dió resultado en aquella ocasión, entre otras causas, porque los instrumentos que me hicieron eran de alambre de hierro y no de acero como se necesitaban, doblándose al intentar su aplicación. Más adelante mencionaremos el procedimiento que creo, como el Sr. Dr. Andrade, puede ser de buen éxito en ciertos casos.

Trascurrieron los meses de Setiembre y Octubre, sin que mi enferma ganara nada en ese tiempo, respecto á la dilatación del cuello. En fines de Setiembre la hice reconocer por mi amigo el Dr. Jesús Villagrán. En aquella visita supimos que la última menstruación había sido muy abundante, y que el cuernecillo de centeno, suspendido algun tiempo y vuelto á usar por la enferma, no era ya bien tolerado.

Prescribí baños frecuentes y algun reposo. En 29 de Noviembre, mi fino amigo el Sr. Dr. Villalobos me acompañó también á visitarla, y practicó muy minuciosamente la exploración del tumor, formándose un juicio bastante exacto sobre el intocable pedículo y su punto de inserción. Aquel último reconocimiento produjo más sangre que todos los anteriores: la enferma sufrió despues algunos dolores, y por precaución le recomendamos nuevamente el reposo.

Así con ligeras alternativas continuó hasta el 17 del presente, en que al medio día sintió como un cólico violento. Mujer de bastante resolución y valor, no dijo nada. Soportó sus dolores, que se prolongaron durante el viérnes y sábado hasta las tres de la tarde. A esas horas quiso evacuar la orina y ya no fué posible. Igual dificultad para vaciar el intestino. Ocurrieron á buscarnos. En ignorancia de su estado, nadie pudo ir á verla. La noche del sábado 19 la pasó con exageradas molestias y permaneciendo de pié mucho tiempo, pues apenas podía tolerar cualquiera otra posición.

Me presenté yo el domingo 20 á las diez y media de la mañana. Me refirió lo que pasaba y comprendí desde luego la verdad. Hice el tacto vaginal rectifi-

cando mi juicio, y pude cerciorarme plenamente de que la matriz al fin habia expulsado aquel tumor á la vagina, despues de una lucha de *cinco meses veinte dias*. Quien habia esperado pacientemente tan largo periodo, no creyó justo retardar un minuto más la operacion. Mandé llamar á varios compañeros: nadie estaba en su casa. Al pasar yo á la mia para surtirme de instrumentos, hallé al alumno de quinto año D. Antonio Falcon, é hice que me acompañara.

Colocada la enferma sobre una mesa en posicion adecuada, traté ántes que todo de cerciorarme si el tumor estaba libre ó no. Imprimí dificilmente movimientos de torsion y adquirí la certidumbre de que estaba unido todavia á la matriz. Quise medir el pediculo tratando de alcanzarlo con un dedo, imposible. Recurrí á la sonda uterina, y acabé de cerciorarme que debia ser estrecho. La operacion naturalmente quedaba dividida en dos partes: 1.<sup>a</sup> Ruptura del pediculo. 2.<sup>a</sup> Extraccion del tumor.

Hice la primera parte con el sierra-nudos, pudiendo avanzar una asa de fierro recocido, poco más allá del ecuador del tumor, máximo de mi alcance con el dedo: hundi bastante el extremo superior del sierra-nudos, y sucedió lo que preveia, resbaló el asa por si sola hasta el pediculo. Estaba seguro de caminar bien, pero quise despertar á la enferma, del cloroformo, para apretar desde luego, consultándole si aquella maniobra provocaba dolor. Sus respuestas negativas me tranquilizaron de la inquietud originada por la posibilidad de tomar algo extraño al tumor entre la asa que debia hacer la seccion.

La enferma manifestó el deseo de seguir tomando cloroformo, y accedí, previendo que la extraccion seria dolorosa, por hallarse muy estrecha la vulva, respecto á las dimensiones del tumor.

Procedí á la segunda parte: la pinzas comunes no me dieron resultado, y sin vacilar más, ocurri al forceps, seguro del buen éxito. Con la mano derecha practicaba las tracciones, y como no tenia más ayudante inteligente que el que daba el cloroformo, con la mano izquierda tuve que sostener el perinéo. Semejante al caso anterior de que he hablado á la Academia, imité lo más posible el trabajo del parto. Le di descansos graduales, y por último, abocado el circulo mayor del ovoide fibroso á la vulva, con otra traccion salió violentamente del canal, desprendiéndose de las ramas del forceps y rodando sobre mi antebrazo izquierdo para caer definitivamente al suelo, con gran asombro de los asistentes extraños.

Hasta entónces la pérdida de sangre era nula: á lo sumo habrian escurrido dos cucharadas. Lavé cuidadosamente á la enferma y procedí á reconocerla. El cuello del útero, flojo aún, dejaba penetrar el dedo con facilidad, percibiéndose, aunque confusamente, lo que habia sido pediculo del tumor. Sus labios no estaban desgarrados. El volúmen de la matriz parecia pequeño, su fondo no estaba invertido: al desembarazarse del tumor se retraia indudablemente, como lo hace en el parto. La vagina, muy relajada, dejaba percibir hácia el lado

derecho una especie de araña pequeño que ignoro hasta ahora con qué se le produjo: la horquilla ofrecía una ligera rasgadura como de medio centímetro. El escurrimiento de sangre había cesado.

Trasladamos á la enferma á su cama. Se le prescribió leche mediada. Ordenamos aún, aseo vaginal desinfectante hecho por una partera. La Sra. Esther Rosado de Orozco me hizo favor de tomar por su cuenta esos cuidados, en aquel puerperio de nueva especie. El 24, los lavatorios se hicieron inútiles: la matriz se conservaba perfectamente reducida y el escurrimiento era nulo. El 25 hicimos sentar á la enferma. El 26, acompañado del Dr. Barrera, volvimos á reconocerla, y hallando todo en estado casi normal, le permitimos se levantara. Han trascurrido once días hasta la fecha, y se conserva sin novedad.

Volvamos ahora al tumor.

Acabado de extraer, ofrecía un aspecto blanco rosado. Su superficie estaba ricamente sembrada de ramificaciones finísimas de vasos, que desaparecieron poco despues de mantenerlo en agua alcoholizada. Por la circunferencia de insercion del pedículo se percibían claramente dos bocas abiertas de los vasos que penetraban al tumor. Su forma exacta es ovoidal, tendiendo á hacerse esférico. Sobre la zona superior, y un poco atrás del eje mayor, se percibe el lugar de la insercion del pedículo, tan amplio como un real.

El tumor pesa 285 gramos.

La circunferencia mayor mide . . . . .	0.275 <sup>mm</sup>
La id. menor id. . . . .	0.210 ,,
El eje mayor. . . . .	0.102 ,,
El ,, menor. . . . .	0.072 ,,

Al exámen microscópico ofrece los mismos caractéres que el tumor de la observacion anterior: es un tejido fibroso neto apreciable aun á la simple vista.

Tal es la segunda observacion que deseaba hacer conocer á la Academia. No ofrece un ejemplo notable ni mucho ménos de operacion complicada, difícil ó ingeniosa: no, ciertamente; pero ofrece, sí, un ejemplo de paciencia racional seguida de buen éxito, previsto de antemano si la enferma no quebrantaba su obediencia. Hay cosas que incitan á intervenir: cuando un tumor más ó ménos profundo, puede ser tomado entre los dedos ó los instrumentos, cuesta trabajo contenerse y no arrancarlo, disimulando la precipitacion con el pretexto de hacer un bien dudoso á la enferma. De esto quise eximirme apoyándome en dos consideraciones de peso: 1.ª La matriz principia la expulsion con su prólogo obligado de dilatacion del cuello, probablemente la concluye. 2.ª La enferma tolera esto sin accidente formal que indique la pronta intervencion; luego debemos esperar. . . . .

El resultado coronó la prevision.



Pólipos uterinos. Procedimiento de extracción.  
de L. Boyer. Modificaciones.

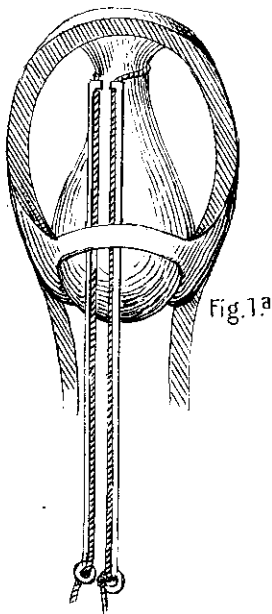


Fig. 1<sup>a</sup>

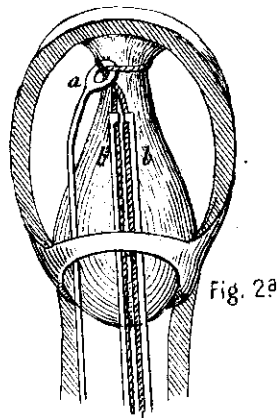


Fig. 2<sup>a</sup>

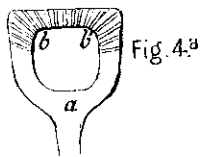


Fig. 4<sup>a</sup>

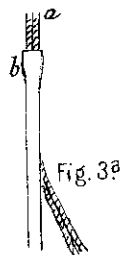


Fig. 3<sup>a</sup>

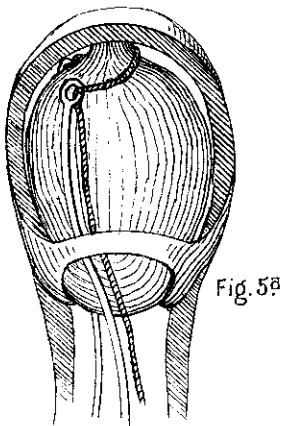


Fig. 5<sup>a</sup>

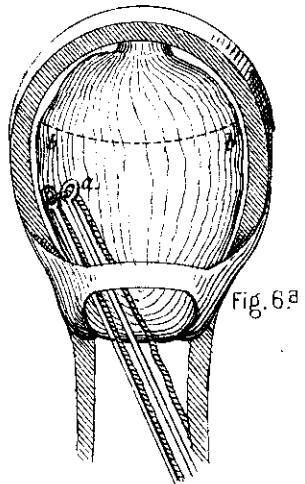


Fig. 6<sup>a</sup>

Dr. D. Mejía.

Para tumores como el descrito no es extraño observar esta marcha. Consta á la Academia que en el espacio de un año he operado dos iguales; pero puede suceder que grandes ó pequeños, contenidos aun entre la matriz, exijan la intervencion quirúrgica. ¿Qué procedimiento deberá seguirse? ¿Cómo alcanzar en un campo tan estrecho y á altura tan considerable el pedículo del tumor?

Un procedimiento de ruptura aconsejaba anteriormente: la torsion del pedículo; pero entónces olvidé agregar á las condiciones referidas ésta muy esencial: que la insercion no se haga sobre el fondo de la matriz, pues en ese caso la torsion podria provocar una rasgadura mortal.

Por otra parte, los pólipos de gran volúmen encerrados en la matriz, ofrecen sérias dificultades para dejar alcanzar su punto de insercion, llegando á hacer temible la intervencion quirúrgica. Un pólipo pequeño, se comprende, puede ser fácilmente alcanzado, y para lograr este objeto hay numerosos procedimientos entre los que puede elegirse.

En casos como el presente, aun el más sencillo se vuelve grave.

Yo tuve necesidad de venir haciendo en mi enferma diversas tentativas, que las detenia en un limite prudente. Ya hice ver que alentaba su obediencia y ganaba tiempo ensayando diversos métodos operatorios que debo confesar los hallé muy peligrosos en el terreno de la práctica y en casos como el referido.

Hago una excepcion para el procedimiento que me indicaba el Dr. Andrade, descrito en la *Gaceta de los Hospitales*, y del cual creo útil formar un extracto, refiriendo á la vez las dificultades con que yo tropecé.

Dicho procedimiento consiste en hacer la seccion del pedículo (sercicion) por medio de un hilo manejado como sierra de cadena. Veamos cómo se lleva el hilo, cómo se fija y cómo divide.

Empieza Gallard recomendando por hilo la seda de China usada para la pesca y variando su grueso, segun se presume sean las dimensiones del pedículo. Nosotros hemos hecho torzales de seda blanca comun, tejidos con algunos hilos de plata que le dan mayor resistencia y facilitan el corte. El hilo se pasa por el extremo superior de dos agujas porta-hilos de 30 centímetros de longitud, y teniendo cada una su ojo en el extremo superior, y abajo un pequeño arito que sirve en una aguja para atar el hilo, en la otra para pasarlo colgándola una bala ú otro peso cualquiera que lo mantiene en tension. Arregladas de este modo, se introducen las dos agujas en el fondo de la matriz: se fija fuertemente la que tiene atado el hilo abajo y con la otra se da la vuelta completa, viniendo á quedar en la posicion que indica la fig. 1.<sup>a</sup> Se sustituye entónces á las agujas el regulador *a*, fig. 2.<sup>a</sup>, que sube fácilmente introduciendo en su abertura y desde abajo, el hilo y las agujas: llevado hácia la parte superior, puede aún subir más la asa, y dar mejores detalles acerca de su disposicion, haciendo ligeras tracciones sobre los cabos del hilo que cuelgan fuera de la vulva. El regulador se reemplaza á su turno por un sierra-nudos de la forma representada en la fig. 3.<sup>a</sup>

Este mantiene fija y apretada el asa, y se sustituye definitivamente por otro instrumento muy semejante al regulador, difiriendo de él en las canaladuras que presenta sobre su cara inferior, y que tienen por objeto fijarlo bien sobre el tumor: se le llama «fijador:» sube hasta cerca del pedículo, por el mismo mecanismo que los otros instrumentos. Una vez adaptado sobre el pólipo, lo toma un ayudante fuertemente, mientras otro, manejando el hilo como sierra de cadena, por medio de unos pequeños mangos, efectúa la seccion del pedículo. Este es el procedimiento de L. Boyer, presentado á la Academia de Medicina de Paris el 10 de Marzo de 1846, y que el 22 de Enero de 1883 y el 30 de Marzo del mismo año, lo sacaron del olvido con éxito completo los Sres. Brochin en su práctica civil y Gallard en su servicio del Hôtel Dieu. *La Gaceta de los Hospitales* termina su artículo, diciendo á propósito de estos médicos que siguieron el olvidado procedimiento, «es de desear encuentren imitadores.» Yo intenté ser uno de ellos; pero tropecé con varias dificultades. En primer lugar, un instrumento recto no puede subir sin peligros, hasta el fondo de la matriz distendida por un tumor globuloso, como se ve en la fig. 6<sup>a</sup>. Para alcanzar la zona *b. b'* se necesario darles tal inclinacion, que desde luego nota uno la imposibilidad porque estorba la vagina: forzando el ascenso, se concibe lo que puede sufrir la matriz. En tumores ménos globulosos como el representado en la fig. 5.<sup>a</sup> y con instrumentos curvos, el ascenso se facilitará más; pero la curvatura misma de los instrumentos dificulta su marcha en el interior de la matriz. El procedimiento es bellissimo y de fácil aplicacion para tumores como el que el autor representa y que yo he trasladado en las figs. 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup>

Más aún: parece que de su corto número de instrumentos se pueden suprimir dos: el regulador y el sierra-nudos. Así lo intenté en mi enferma, haciendo curvas las agujas; pero diré en honor de la verdad, que no subí hasta el fondo de la matriz. Me parecia quedar como en el ecuador del tumor: que allí mismo intenté recorrer la circunferencia, y aunque por abajo las agujas se separaron suficientemente, arriba permanecian juntas y el hilo no corria entre los ojos. Las retiré con cuidado y pude observar que estaban dobladas en un punto que correspondia casi al borde del cuello. Poco despues me fabricaron otras de acero, pero ya no tuve oportunidad de ensayarlas, por lo referido anteriormente. No obstante, á mi juicio, el procedimiento es útil, y creo seguro su efecto si el pólipo no ofrece dimensiones tan considerables como el presente que tengo el gusto de obsequiar á la Academia para su Museo.

Hay otros muchos métodos operatorios en cuyos pormenores no intento entrar: algunos son de muy fácil aplicacion; pero en casos de matriz totalmente llena y por un tumor tan grande, el procedimiento más sencillo se vuelve peligroso. Hay que dominar, en consecuencia, el deseo de la extirpacion si nada contraindica esa demora.

Dos ejemplos he presentado de parto del tumor á la vagina por los solos es-

fuerzos de la naturaleza. Alojados ya en este canal, la escena cambia por completo y su extraccion no ofrece sérias dificultades. La ruptura del pediculo mucho más accesible entónces, se practica por cualquier procedimiento inclusive el de la torsion si está insertado por el cuello. Quizà seria más segura la seccion con alambre y sierra-nudos como la practicamos en el caso referido. Libre ya el tumor y siendo voluminoso por supuesto, el forceps constituye su mejor pinza de extraccion.

México, Enero 30 de 1884.

DR. DEMETRIO MEJÍA.

---

## MEDICINA OPERATORIA.

---

### CINCO OBSERVACIONES DE LIGADURA DE LA CAROTIDA PRIMITIVA,

CON ALGUNAS REFLEXIONES POR FRANCISCO MARIN;

QUIEN TIENE EL HONOR DE PRESENTARLAS Á LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

PUEBLA, ENERO 22 DE 1884.

(CONCLUYE.)

Con respecto á las hemorragias consecutivas, despues de la ligadura de la carótida, haremos algunas ciertas reflexiones. Gran número de veces estas hemorragias han sido mortales por circunstancias fáciles de concebir, como la falta de vigilancia, las imprudencias de los enfermos, etc., aumentando el contingente fatal de las estadísticas. Tambien es necesario que éstas hagan una distincion fundamental, pues la muerte por hemorragia no depende siempre de la ligadura de nuestra arteria, como vamos á ver.

En primer lugar, la hemorragia secundaria proviene, ó de la ulceracion que el hilo determina sobre el vaso ligado, ó bien se presenta sobre la arteria, sitio primitivo de la herida. Quiere decir que se renueva la hemorragia, causa y razon de la ligadura. El proceso es muy distinto para uno y otro caso. Sobre la arteria ligada la ulceracion, origen de la hemorragia, reconoce por causas, ó la poca vitalidad de las tunicas arteriales, y con mayor razon la degeneracion de éstas y la ateromacia, ó la incompleta formacion de coágulos protectores.

La hemorragia por ulceracion es relativamente rara en la ligadura de la carótida primitiva, que tiene mucha vitalidad en sus tunicas, por estar abundantemente provista de vasa-vasorum.