

CIRUGIA DE LAS VIAS GENITO-URINARIAS.

“Noma” de la vagina con destrucción de la uretra, parte de la pared posterior de la vejiga y de la anterior del recto.

El caso que traigo á la consideración de U. ls. es de aquellos que por su poca frecuencia, por las dificultades de su tratamiento y por otras muchas causas, se prestan á un gran nú-

mero de muy útiles consideraciones y proporcionan grandes enseñanzas.

Guadalupe Rodríguez es el nombre de la muchacha que voy á tener el gusto de presentar á esta Honorable Academia, tiene 19 años de edad y en la actualidad goza de perfecta salud como su mismo aspecto lo acredita.

En Julio de 1906, va á hacer tres años, ingresó al Hospital Morelos para curarse de una hemorragia muy abundante que escurría por los órganos genitales; habiendo llegado en la tarde no pude verla sino hasta el día siguiente. La enfermera de servicio me informó que la había recibido, acusando intensos dolores en el vientre, con temperatura elevada y con escurrimiento sanguíneo muy abundante; que durante la noche había arrojado algo que me enseñó y que la salida de ese cuerpo la había aliviado un poco.

El producto arrojado, era una masa de tejido con todo el aspecto de una caduca completa, una bolsa de tejido vellosa, de forma triangular, con dos aberturas, una en la base y otra en el ángulo inferior, y con el aspecto de tejido esfacelado como si hubiese permanecido varios días después de haberse desprendido. El aspecto de este producto, la hemorragia, los dolores y la elevación de la temperatura, me hicieron pensar que se trataba de una enferma con embarazo extra-uterino que había arrojado una caduca completa.

Fuí á ver á la enferma y me encontré con una mujer completamente adelgazada, un verdadero esqueleto que causaba admiración pudiera tener vida y que decía que acababa de pasar un tifo que hacía muy pocos días le había terminado, volviéndole la calentura con la hemorragia muy poco tiempo después de que había recobrado el conocimiento que perdió durante la primera fiebre; que antes no le había faltado el período; que nunca había tenido relaciones sexuales; y que desde que había arrojado el producto de que antes hablé, se encontraba mejorada.

A la exploración hecha con grandes dificultades, por los dolores que originaba, se encontró con que la enferma había tenido un "noma" de la vagina consecutivo al tifo y que ese canal había sido expulsado en su totalidad desde el himen que se conservaba intacto, hasta el cuello de la matriz, que sólo guardaba

al derredor una corona de menos de un centímetro de mucosa vaginal; que al eliminarse el conducto vaginal había arrastrado consigo, por la parte anterior, casi la totalidad de la uretra, quedaba de ella medio centímetro á partir del meato, y la mayor parte del bajo fondo de la vejiga; afortunadamente se pudo demostrar más tarde que los uréteres no habían sido tocados; y por la parte posterior, toda la pared anterior del recto que está en relación directa con la vagina, desde el fondo de saco de Douglas hasta inmediatamente arriba del esfínter del ano. Estas lesiones dejaban entre el recto y la vejiga una cloaca inmensa por la que escurría orina y materias fecales y donde los tejidos que rodean á la vagina se encontraban descubiertos. La infección era terrible. El estado de la enferma desastroso.

Durante mucho tiempo estuvo en condiciones tales, que era imposible emprender cualesquiera operación y hasta Septiembre, tres meses después, se logró dominar la infección y mejorar su estado general para poder tratar de cerrar esas enormes brechas por las que constantemente el recto y la vejiga vaciaban su contenido en el canal que fué vagina.

Para llegar á la curación ha sido necesario practicar cinco intervenciones, de las cuales, las dos primeras fueron hechas por mi maestro el Sr. Dr. Macías, asistido por mí, practicando yo personalmente las tres últimas. No describiré una por una las cinco intervenciones porque todas ellas se parecen; consistían en diseccionar ampliamente los bordes de las aberturas y suturar en dos ó tres planos por delante de la vejiga, por detrás del recto. Cada intervención era laboriosísima por la estrechez del campo operatorio (se recordará que la enferma era docella), hubo necesidad para ampliar un poco el lugar, de practicar una incisión lateral prolongándose sobre el perineo, de la que se puede ver la cicatriz; otra de las dificultades, tal vez la mayor de ellas, era la falta de tejidos útiles para la sutura, sobre todo del lado de la vejiga, que en una grande extensión había quedado reducida sólo á la mucosa que á cada sutura se desgarraba; añadido á todo esto se presentaba el temor muy fundado de herir los uréteres durante la disección ó de comprenderlos en algún punto de sutura, pues el método de localización por el cateterismo pre-operatorio era enteramente imposible por la

absoluta falta de relaciones y la retracción que habían sufrido los tejidos

Observando los fracasos de las dos primeras operaciones, no obstante que al terminarlas habían quedado bien cerradas las aberturas y se podía llenar tanto la vejiga, como el recto de líquido, sin que saliera ninguna gota, en la tercera intervención, primera que yo practiqué, llevé la disección de la vejiga hasta el fondo de saco peritoneal, desinsertándola completamente del cuello uterino y bajando éste casi hasta el orificio vulvar para cubrir y reforzar la sutura de la mucosa vesical, única que formaba los bordes de esa enorme fístula por donde cabían holgadamente tres dedos.

En cada operación algo se lograba; pero en todas ellas, excepto en la quinta, de los cinco á los siete días se recibía la desilusión de que la orina volvía á escurrir por la vulva.

La fístula rectal más fácil de cicatrizar que la vesical, quedó prácticamente cerrada desde la segunda operación, pues aun cuando se conservó una pequeñísima aberturita que no se cerró sino hasta la cuarta intervención, desde la segunda quedó restablecido el paso de las materias fecales por su conducto normal, no saliendo á lo que fué vagina sino los gases alguna que otra vez.

En las cuatro primeras operaciones se usó de una sonda de Nélaton delgada, núm. 14, dejada á permanencia las dos primeras veces y sondeando á la enferma cada tres horas las dos veces siguientes; después de la quinta intervención, la que determinó la curación, no se usó sonda, dejando que la vejiga se vaciara por sus propios esfuerzos.

El material de sutura empleado, fué catgut en las cuatro primeras operaciones y alambre de bronce de aluminio, el hilo metálico de nuestro consocio el Dr. Suárez Gamboa, que bondadosamente me proporcionó una pequeña cantidad en la operación final.

Después de cada intervención se lograba reducir algo la abertura, sin embargo en la última operación la fístula vesical, única que quedaba, permitía el paso de dos dedos á través de ella.

Pensando sobre las causas del fracaso en las cuatro primeras intervenciones, llegué á creer, y ahora veo que con razón, que pudieran ser en primer lugar el uso del catgut que se reabsorbía

antes de que la cicatrización fuera perfecta, y en seguida el uso de la sonda, ya sea á permanencia, ya para sondear periódicamente, obrando en el primer caso como un cuerpo extraño que irritaba la vejiga y permitiendo al nivel del cuello y en la parte posterior de la uretra la permanencia de orina entre la sonda y el canal que infiltrándose en la herida, impediría su pronta cicatrización; y en el segundo por el traumatismo que su paso ocasionaba y que muy bien pudiera despegar la línea de sutura al chocar contra las irregularidades que los puntos determinaban en el interior del canal y del cuello.

Guiado por estas consideraciones decidí, contra la convicción que tenía formada respecto al uso de las suturas metálicas perdidas y que he confirmado, emplearlas en este caso en que los otros medios habían fracasado; y también contra lo que ordinariamente se practica y se aconseja no usar ni sonda á permanencia, ni practicar el cateterismo durante los primeros días que siguieron á la operación; y no he podido menos de quedar satisfecho, pues el éxito más completo coronó mis esfuerzos.

Hice en esta última operación á que me estoy refiriendo, un amplio despegamiento, como en las veces anteriores, coloqué un primer plano de suturas metálicas á la "Lambert," quedando altamente satisfecho de la flexibilidad del hilo metálico del Dr. Suárez Gamboa y de la facilidad con que se maneja, muy superior desde este punto de vista al alambre de plata que ordinariamente se usa para esta clase de suturas; en seguida cubrí este primer plano con uno segundo hecho al catgut. Después de la operación se permitió á la enferma orinar sola.

Dos semanas después de la intervención hubo necesidad de quitar uno de los puntos metálicos que hacía saliente del lado de la vagina, impidiendo la cicatrización superficial de ese lugar; á la tercera semana se tuvo que retirar otro hilo metálico, siendo expulsado uno tercero algunos días después.

En Octubre pasado, tres meses después de la última intervención, considerando á la enferma completamente curada, fué dada de alta en las siguientes condiciones; la fistula rectal completamente cerrada; la fistula vesical igualmente cerrada, la vejiga podía retener la orina por dos ó tres horas.

Cuando la enferma no la vaciaba, al cabo de ese tiempo comenzaba á escurrir por el meato. La vagina completamente

desaparecida y el cuello de la matriz como á un centímetro ó centímetro y medio de la vulva, para verlo basta entreabrir los grandes labios.

Un mes después volvió la enferma al Hospital con dolores vesicales al terminar la micción, dolores que decía eran producidos por algo que le picaba dentro; micciones muy frecuentes cada hora, y últimas gotas de orina teñidas con sangre. Con el catéter se sentía claramente, al nivel de lo que correspondía al cuello de la vejiga, un punto de sutura de metálico descubierto. Como fué dolorosa esta exploración, se dejó para el día siguiente quitar este cuerpo extraño bajo la anestesia. Seguramente el paso de la sonda desprendió la sutura, pues en la noche fué expulsada espontáneamente.

Desde entonces, hace seis meses, se conserva la curación. En la actualidad la vejiga retiene la orina hasta por el tiempo normal funcionando como cualquiera vejiga sana.

Las consideraciones á que este caso se presta son:

1º Gran semejanza de la caduca uterina expulsada completa, con la vagina que se expulsa después de un proceso gangrenoso, tiene esta última hasta la forma triangular y sólo se distingue de la primera por llevar dos orificios en lugar de tres. En algunos casos, cuando á la caduca uterina falte lo correspondiente al fondo, tendrá también dos orificios.

2º La destrucción de las paredes vesical y rectal en el "Noma" completo de la vagina.

3º La dificultad de curar las lesiones producidas, sobre todo las correspondientes á la vejiga, dificultad grande pero que al fin puede vencerse.

4º La insuficiencia del catgut para lograr la cicatrización de las grandes fístulas vesicales, cuando no hay tejidos suficientes para hacer una sutura amplia.

5º La necesidad de usar en estos casos las suturas metálicas, ú otras no reabsorbibles.

6º La superioridad del hilo metálico de bronce de aluminio, sobre el alambre de plata por su maleabilidad y fácil manejo.

7º El hecho de que si la sutura metálica es buena porque sostiene largo tiempo el afrontamiento, no debe esperarse que se enquiste, y por lo tanto la conveniencia de usar suturas metálicas, ya de bronce de aluminio, ya de plata, pero colocadas de

manera que puedan retirarse á su debido tiempo y no perdidas como se ha preconizado con tanto ardor por nuestro compañero el Dr. Suárez Gamboa.

8º La posibilidad de evitar la incontinencia de orina, aun cuando el esfínter del cuello haya sido destruído en una gran extensión. Los pliegues que en la mucosa forma la sutura, hacen el papel de una válvula, especie de tapón, que ayuda eficazmente á los restos de esfínter á contener la orina.

Como se ve, todas estas reflexiones son de grande importancia, por lo que me permito someterlas á la consideración de esta Honorable Academia.

México, 19 de Mayo de 1909.

U. VALDÉS.