

GINECOLOGIA.

La vía vaginal, vía de elección en los padecimientos de orden quirúrgico del aparato genital de la mujer.

Tócame en turno presentar mi trabajo reglamentario á esta docta corporación. Su objeto, como lo indica breve y claramente su título, es patentizar, una vez más, que en el mayor número de los padecimientos ginecológicos, cuyo tratamiento eficaz y único, por ser racional, es el quirúrgico, debe darse la preferencia á la vía vaginal, por las múltiples é incontables ventajas que ofrece á las enfermas, entre las cuales se coloca, en primer lugar, su inocencia y sencillez relativas, ya que, para obtener el resultado apetecido, no se necesita más que un conocimiento exacto de la región, una asepsia rigurosa y una confianza operatoria, que se adquieren fácilmente con una práctica constante y prolongada; y además, como factor de mucha importancia, que debe normalizar el criterio del cirujano, y no apartarse un solo momento de su mente la consideración esencialísima de que el mayor número de las afecciones ginecológicas determina poco aumento de volumen en los órganos genitales internos, matriz, trompas y ovarios, y de que algunos neoplasmas, líquidos ó mixtos, como los quistes del ovario, los para-ováricos y los dermoides, cuando no son muy voluminosos y no han contraído grandes adherencias con los órganos cercanos, son susceptibles de ser tratados por esta vía, con las garantías suficientes para la vida de las enfermas.

Séame lícito, para corroborar lo que dicho queda, presentar una pequeña estadística y las consideraciones que de ella emanen, acerca del trabajo desarrollado en tres meses, contados del 16 de Marzo al 16 de Junio del presente año, en el Pabellón "González Echeverría," del Hospital General, que es á mi cargo por ausencia del Sr. Dr. Villarreal.

OPERACIONES INTRA-PERITONEALES.

		{	Por piosalpinx.....	3
		{	Por fibromiomas.....	5
		{	Por quistes del ovario.....	3
	Supra-púbicas.	{	Por cáncer uterino.....	1
		{	Por cáncer uterino y fibromiomas.	1
		{	Por embarazo extra-uterino.....	1
				14
Vaginales.	Colpo-celiotomías anteriores conservadoras.	{	Por metro-anexitis y retroversiones adherentes.....	27
			Por prolapsus	10
				37
	Colpo-celiotemías y panhisto-rectomía.	{	Por cáncer.....	3
			Por supuraciones anexiales	5
			Por prolapsus	2
				10
Colpo-tomías posteriores.	{	Por quiste ovárico.....	1	
		Por embarazo extra-uterino.....	1	
		Por piosalpinx.....	1	
				3
			Suma.....	64.

ANESTESIA INTRA-RAQUÍDEA.

Clorhidrato de cocaína	45
Novo-cocaína.....	3

ANESTESIA GENERAL.

Cloroformo.....	4
-----------------	---

INTRA-RAQUÍDEA Y CLOROFORMO, POR LA INSUFICIENCIA DE LA PRIMERA.

Clorhidrato de cocaína.....	6
Novo-cocaína.....	6

Total..... 64

Tal es el número de las enfermas operadas; mas antes de tratar, aunque sea á grandes rasgos, algunas de las consideraciones que nos determinaron á practicar estas intervenciones, comenzaremos por referirnos á la causa de la muerte de la enferma Vicenta Cid. A esta paciente, de 40 años de edad, se le diagnosticó un tumor fibromatoso de la matriz, subperitoneal y del volumen de una cabeza de feto á término. La intervención confirmó el diagnóstico, habiéndose encontrado el tumor en estado de degeneración sarcomatosa; debido á esta transformación, sucedió que después de practicada la hemostasis, consistente en la ligadura de las arterias útero-ováricas y uterinas, cuando se dividía circularmente la vagina en su inserción con el cuello uterino y al tirar del tumor por medio de los tirabuzones insertos en él, hacia adelante y hacia el pubis, para verificar la extracción, se desgarró al nivel del tercio inferior del cuerpo de la matriz, escurriendo de la cavidad de este órgano y derramándose en la pequeña pelvis, un líquido sanioso, de olor fétido, accidente que nos obligó á hacer un aseo rápido, terminando la operación por la división circular de la vagina y la extirpación del cuello uterino, pendiente hasta este momento. Se hizo una canalización vaginal y se peritonizaron todas las superficies cruentas.

Durante dos días, el estado general de la enferma fué, en apariencia, tranquilo y bueno, con pulso, temperatura y respiración casi normales; pero al tercer día se quejó de fuertes cólicos intestinales, encontrándose la lengua seca, el vientre peritonizado y el estado general totalmente cambiado.

A esta enferma se le puso la tercer noche de su operación una sonda rectal para facilitar la expulsión de gases, siendo el resultado negativo lo que nos obligó á practicar amplias irrigaciones intestinales, que produjeron idéntico resultado.

Notando, pues, que no se lograba ninguna mejoría después de este enérgico tratamiento, decidimos abrir nuevamente el vientre, para averiguar la causa determinante del íleus y proceder según conviniera. En vista de ésto, al cuarto día se quitaron los puntos de sutura y se abrió la herida en su mitad inferior, encontrándose que la causa que había determinado el íleus, fué la adherencia de una asa de intestino delgado á la gasa del fondo pélvico que servía de canalización, observándose,

además, que el peritoneo de este fondo y algunas asas intestinales en contacto con él, presentaban los signos de una peritonitis aguda. Despegada que fué el asa adherida á la gasa de canalización, la enferma expulsó gran cantidad de gases, lo que nos hizo cencebir la esperanza de poder salvar aún á esta paciente.

Para mayor seguridad en nuestra conducta, y por haber encontrado el intestino, en el punto de adherencia, con una mancha violácea ó placa de esfacelo, lo fijamos al ángulo inferior de la herida, practicando en seguida un aseo minucioso en el fondo pélvico y una amplia canalización con gasa y tubos por la vagina y el ángulo citado.

Por desgracia, á pesar de haber tratado de detener el desarrollo de la peritonitis séptica por medio de los tratamientos más á propósito que en estos casos se recomiendan, y no obstante la previsión que tuvimos en la segunda intervención de canalizar á satisfacción y de haber fijado el asa intestinal que presentaba una placa de gangrena, para que á la postre se transformara en un ano artificial, temporal, la enferma falleció.

La triste enseñanza que nos trajo este caso, nos indica que en los tumores fibrosos, fibromas puros ó fibromiomas, cuando adquieren un volumen considerable y permanecen largo tiempo en la cavidad abdominal, sin que motiven en la paciente más molestias que las consecutivas á su enorme desarrollo y larga permanencia, molestias de orden puramente mecánico, debe tenerse presente que la transformación probable de estas neoplasias en tumores malignos, de tipo sarcomatoso, constituye una complicación peligrosísima en el acto operatorio, puesto que en cualquier momento de él es posible perforar el tumor, desgarrándolo, ya con las pinzas de garras, ya con los ganchos ó tirabuzones de tracción, provocando el escurrimiento de los líquidos contenidos en cualquiera de sus lóbulos degenerados, en la cavidad uterina.

Así, pues, no obstante los cuidados exagerados que deben ponerse en juego en el momento operatorio, convendría, quizás, hacer en estos casos lo que se practica en los epitelomas de la matriz, es decir, transformar el endometrio en una superficie aséptica por medio de una buena raspa, seguida de una termocauterización amplia, lo que nos proporcionaría la tranquilidad necesaria durante la operación.

Entre los diferentes grupos de las operaciones á que se refiere la anterior estadística, haremos algunas consideraciones acerca de las practicadas por la vía abdominal, puntualizando en ellas lo que nos parezca de algún interés, dado que lo referente á métodos operatorios está ampliamente tratado en los cánones de cirugía y es perfectamente conocido de mis doctos oyentes.

Empezaremos por indicar que en los úteros fibromatosos ó en los grandes fibromiomas, no es raro encontrar, como hemos dicho, la degeneración de la matriz, cavitaria ó cervical, procedente de un adenoma, un sarcoma ó un epitelioma. En efecto, cuando nos hemos encontrado con esta terrible complicación en los fibromiomas, hemos procedido con la mayor cautela en la operación, á fin de evitar la infección peritoneal, para lo cual siempre tenemos el mayor cuidado, después de concluída la hemostasis más prolija de los vasos que irrigan el útero, yendo de arriba abajo, de cortar circularmente el peritoneo, alrededor de la parte superior del cervix y despegar ampliamente la vejiga, rechazándola hacia abajo y adelante, disecando á la vez, convenientemente, el tejido celular de ambos lados, para separar los uréteres; haciendo lo mismo en el fondo de saco de Douglas, á fin de poner, por medio de todas estas maniobras, perfectamente clara y distinta la vagina en su tercio superior, para cerrarla con pinzas de presión y evitar así que escurra algún líquido infectado á la cavidad pélvica, lo que se consigue dividiéndola arriba de la pinza citada. Además, arriba del punto por dividir, hemos colocado otra pinza para aislar la cavidad uterina, lo que nos ha salvado de una contaminación peritoneal muy probable. Este modo de proceder nos ha dado buenos resultados siempre que lo hemos empleado.

En una de las enfermas operadas por la vía en cuestión, portadora de un quiste del ovario derecho, encontramos que el desarrollo se había verificado entre las dos hojas del ligamento ancho respectivo, contrayendo adherencias fuertes y extensas con el epiplón y la S ilíaca, por lo cual nos resolvimos á dejar la punción del quiste para el final, con el objeto de poder aislarlo de sus adherencias epiploicas é intestinales. Cerciorados de que la membrana superficial de envoltura era el peritoneo ligamentario, lo dividimos transversalmente con mucho cuidado, hasta descubrir la membrana propia del quiste, completamente

distinta del peritoneo, por su consistencia y espesor. Esta incisión transversal nos facilitó el despegamiento del quiste, así como el rechazamiento de las hojas peritoneales, que se deslizaron con toda facilidad y amplitud hasta el fondo pélvico. Aislado el quiste, lo puncionamos, comprimiendo hasta vaciarlo por completo, estirando la bolsa para echarla fuera de la cavidad y terminando su extirpación por la ligadura de su pedículo. En la región pélvica lateral derecha, se veían á descubierto los vasos ilíacos y el uréter, lo que nos indicó que el tumor, en su desarrollo, había rechazado el peritoneo pélvico, alojándose y descansando directamente sobre el tejido celular subperitoneal. Como último tiempo operatorio, cubrimos con el peritoneo todas las superficies sangrantes, á fin de evitar posteriores adherencias del epiplón é intestinos en este lugar.

Refiriéndonos á los prolapsus y su tratamiento, diremos que siempre hemos tenido en cuenta, ante todo, la edad de las enfermas, á fin de poder conservar los órganos genitales internos, practicando sólo la histerectomía en algunas de ellas, obligados por el mal estado en que se hallaban; haciendo notar únicamente que la hemostasis fué siempre practicada de arriba abajo, es decir, ligando primero las útero-ováricas, los ligamentos redondos, las uterinas y en último lugar, los ligamentos sacros posteriores, á fin de evitar pequeñas hemorragias post-operatorias de las vaginales posteriores largas, que á veces nacen arriba del cayado de la uterina, y como la ligadura de este vaso se hace comunmente adentro de su relación con el uréter, se expone uno á las hemorragias citadas, si no se hace la ligadura de los mencionados ligamentos.

En los prolapsus, una vez abierto el peritoneo vésico-uterino, procédese á destruir las adherencias de peritonitis plástica peri-uterina y peri-anexial, con objeto de movilizar convenientemente los órganos y poder volverlos á su sitio anatómico, fijándolos en él por medio de la vésico y vagino-fijación, según los casos, acortando siempre los ligamentos redondos por medio de un pliegue, comprendido en la sutura de catgut hecha en surjete.

Como la vejiga, en sus relaciones con la vagina en los prolapsus, es la primera en ensancharse, formando cistocèle pronunciado, hemos practicado en su pared inferior suturas perdi-

das de catgut, en forma de bolsa ó jareta para plegar el órgano hacia su interior, evitando así la reproducción del cistocele, ya poniendo suturas longitudinales para formar pliegues en este sentido.

Después de este tiempo y de hechas las suturas del peritoneo vesical con el uterino, hemos procedido á practicar las operaciones plásticas necesarias de las paredes vaginales anterior y posterior.

El grupo de operaciones que hemos practicado por medio de la colpo-celiotomía anterior, contiene el tratamiento que ha debido instituirse para la curación de las retroversiones y anexitis en sus diferentes manifestaciones, siendo éstas unas veces quísticas y encerrándose en ellas las supurativas, hemáticas é hidroquísticas, y otras las parenquimatosas y adherentes al piso pélvico unas veces y otras al fondo de saco de Douglas, obteniendo siempre el alivio de las enfermas, puesto que, según nuestro criterio, hemos tratado de conservar únicamente los órganos que macroscópicamente manifestaban poderse conservar. Así, pues, varias veces tuvimos que hacer resecciones de un anexo; otras, la resección de parte de uno ó de los dos ovarios, ó salpingotomías por obstrucciones inflamatorias de las trompas, terminando siempre estas operaciones por la vésico y vagino-fijación, según los casos, procurando que al practicar cualquiera de ellas, se comprendieran los ligamentos redondos en la sutura con catgut, á fin de acortarlos, imitando así la operación de Alexander que, como se sabe, consiste en el acortamiento de estos ligamentos por la vía extra-peritoneal.

Es de advertir que esta operación, la vésico y vagino-fijación, que á tantas discusiones se ha prestado y se presta aún, es, en nuestro sentir, mal interpretada y quizás mal conocida, puesto que los resultados de varios casos operados por nosotros, nos autorizan á apoyarla. En efecto, algunas operadas por este procedimiento, que hemos podido seguir, han tenido embarazos y partos á término, sin haber presentado ninguna perturbación, tanto durante la gestación como en el momento del alumbramiento. Si, pues, existen hechos positivos respecto de la curación que obtienen las enfermas con la vésico y vagino-fijación, y entre éstas, algunas (las que hemos podido estudiar posteriormente) que han podido llegar al término de la gestación

y alumbramiento sin dificultad alguna, es conveniente decir que si los detractores de este procedimiento no han obtenido el éxito deseado, ha dependido probablemente de que han procedido con técnica distinta de la empleada y arreglada por los operadores del Norte y Oriente de Europa, como Dursen, Verhteim y Schauta.

Esta operación es practicada en México con brillantes resultados en el departamento de "González Echeverría," por mi colega y amigo el Sr. Dr. D. Julián Villarreal, operación que fué importada directamente por él de Berlín, y que tuve la feliz oportunidad de comprobar en todas sus partes, tanto en la clínica de Buhm y Dursen, de Berlín, como de Schauta y Verhteim, en Viena.

Por medio de la colpotomía posterior pudimos extirpar un quiste del ovario derecho, bastante voluminoso, sin grandes dificultades, no habiéndose presentado más contratiempo, durante la operación, que el de habernos encontrado, una vez punccionada la bolsa quística y estirada hacia afuera para ligar su pedículo, que su pared superior tenía fuertes adherencias con una formación quística también que se continuaba con un largo pedículo tubular semejante por su formación y consistencia al canal ureteral; pero explorando cuidadosamente el tubo en cuestión, que servía de pedículo á la citada expansión quística, siguiendo su dirección hasta encontrar su origen, nos cercioramos de que no era más que la trompa derecha, alargada en su tercio interno en forma de tubo y transformada en un pequeño quiste en su porción externa.

Así, pues, ligamos este pedículo al nivel del cuerno uterino correspondiente, haciendo la misma faena con el pedículo verdadero del quiste del ovario.

Esta intervención fué terminada suturando las hojas peritoneales del fondo de saco de Douglas, así como la incisión vaginal, sin preocuparnos de canalizar la abertura de esta última, en vista de que el padecimiento que dió lugar á la intervención, no contenía ningún líquido séptico que pudiera perturbar la evolución de una franca cicatrización por primera intención, la que se obtuvo sin la menor complicación.

Refiriéndonos á la enferma *Isidra Raso*, diremos que al decidirnos á intervenir, á fin de extirparle un quiste hemático,

anexial derecho, nos propusimos practicar la intervención por la vía vaginal anterior, y á este efecto, la celiotomía practicada por la vía indicada, nos evidenció el diagnóstico, haciéndonos conocer, además, que la pared quística había contraído adherencias con los órganos cercanos, y por lo mismo, siendo imposible destruir estas adherencias sin lesionarlas, nos vimos obligados á recurrir en seguida á la laparotomía supra-púbica, la que nos permitió tratar con toda seguridad este quiste ó embarazo extra-uterino, con los detalles que requieren los que pertenecen, por su desarrollo pronunciado y fuertes adherencias, al tipo abdominal. El que nos sirve de tema había ocupado ampliamente el lado derecho de la pelvis y adquirido el volumen de una cabeza de feto á término, contrayendo adherencias múltiples con el peritoneo pélvico, la cara póstero-lateral de la matriz, el epiplón y algunas asas intestinales. Debe hacerse notar, que el contenido de este quiste estaba formado no solamente por coágulos sanguíneos añejos, perfectamente organizados y consistentes, sino también por huesecillos diminutos, entre los cuales nos fué fácil distinguir algunas costillas y fémures, significación clara y perfectamente demostrativa, tanto de que el diagnóstico de embarazo extra-uterino ó quiste fetal era positivo, como de que en el caso que nos ocupa, se había verificado el fenómeno común á casi todos los de su especie, es decir, de la reabsorción del huevo, siéndonos imposible distinguir otros de sus elementos constitutivos. Esta operación fué terminada después de haber tratado convenientemente todas las adherencias de la bolsa y enucleado ésta por la colpotomía posterior canalizadora, con objeto de dejar amplia salida á los líquidos que exudaban, aunque en pequeña cantidad, de las superficies cruentas peritoneales y pélvicas que habían servido de lecho á la citada bolsa quística.

La sucinta relación de este caso, nos permite indicar que así como en los piosálpinx voluminosos y adherentes no sería fácil ni debido tratarlos exclusivamente por la vía vaginal, sino sólo para dar salida al pus y con esto atenuar su virulencia, y á posteriori ó en seguida (según el criterio del cirujano y las condiciones en que se halle la enferma en el momento de la operación) hacer la intervención supra-púbica, en los hematoceles retro-uterinos conviene practicar desde luego la interven-

ción por la vía vaginal,* puesto que ¡muchas veces es posible concretarse á esta sola intervención, ya sea por la vía anterior ó por la posterior y dejar sólo para las excepcionales, por lo complicadas y difíciles, la intervención por la vía alta.

De todas las operaciones hasta aquí reseñadas y refiriéndonos de un modo casi exclusivo á las practicadas por la vía suprapúbica, sólo en dos enfermas no logramos la cicatrización de la herida abdominal por primera intención, dependiendo esto, á no dudarlo, de que las pacientes que tuvieron esta complicación, eran portadoras de los padecimientos más sépticos que con la mayor frecuencia se presentan en ginecología y que son la desesperación de todos los cirujanos: el cáncer y el piosálpinx. En efecto, bien conocidas son por todos los que á esta difícil cuanto hermosa práctica se dedican, las dificultades técnicas que se presentan en las intervenciones de esta naturaleza y los múltiples procedimientos ideados y aconsejados, tendiendo todos, sin excepción, á alcanzar el éxito en las citadas intervenciones; mas á pesar de todo lo dicho y de todo lo escrito, y no obstante la prosecución detallada y minuciosa de la técnica más absoluta en lo que á asepsia se refiere, hay casos de dificultad suma, en los cuales no se alcanza, como en los dos citados, el coronamiento á que tienden nuestros esfuerzos y muy á nuestro pesar.

Nótese, por tanto, que cuando se nos presentan las pacientes con voluminosos piosálpinx ó afectadas de epitelomas cervicales ó cavitarios, procuramos, en los primeros, tratar de vaciarles por la vía vaginal anterior ó posterior, según los casos, canalizándolos debidamente, hasta agotar la supuración, á fin de prestar el mayor número de garantías á la vida de las pacientes, aunque á la postre nos veamos constreñidos á intervenir de una manera más radical, con la seguridad de que siguiendo esta conducta, hacemos á la enferma un bien positivo. Sólo en los casos como el citado, cuando el piosálpinx es muy voluminoso y está situado lejos de los fondos de saco vaginales, y por tanto, fuera del alcance por esta vía, nos vemos obligados á tratarlos por la supra-púbica.

Respecto del cáncer, podemos decir otro tanto, pues cuando el epiteloma se ha desarrollado ampliamente, invadiendo el cérvix en su totalidad, empastando el parametrio y cuando se trata de enfermas que no presentan aún manifestaciones de la

caquexia cancerosa ó en los epitelomas que se injertan en úteros-fibromatosos ó portadores de grandes fibromiomas, practicamos la intervención por la vía alta, pues en estos casos es casi imposible extirpar todos los tejidos invadidos, amén de las masas degeneradas de que está sembrado el peritoneo ligamentario y que no se pueden desprender sin causar algunas lesiones á los órganos cercanos, á causa de las adherencias que las citadas producciones neoplásticas han contraído con ellos.

Las 64 intervenciones á que nos hemos referido en este sucinto trabajo, nos autoriza á concluir:

1º La vía vaginal debe ser la vía de elección en la mayor parte de los padecimientos de orden quirúrgico del aparato genital de la mujer, por cuanto á que es por ella por donde se pueden tratar, en una sola sesión operatoria, las múltiples lesiones que tan á menudo se encuentran en las pacientes, desde la simple rotura perineal, hasta las más complicadas lesiones de los anexos.

2º La vía supra-púbica debe elegirse únicamente cuando los órganos genitales internos estén seriamente comprometidos y profundamente modificados en su estructura y dimensiones por los padecimientos que los afectan y que generalmente provocan adherencias múltiples con el epiplón, el peritoneo y el intestino, delgado ó grueso, ó cuando sean portadores de grandes neoplasmas, principalmente sólidos, puesto que muchos quísticos son susceptibles de ser tratados por la vía vaginal.

3º Los resultados obtenidos por la raquianestesia son ideales, debiendo hacer notar únicamente que de los derivados de la cocaína, el cloruro es el que produce las anestias más completas, á la vez que más duraderas, inyectado á la dosis máxima de 3 á 4 centigramos.

Réstame sólo añadir, para terminar, que los distintos conceptos emitidos en el presente trabajo son el resultado de la valorización de las distintas fases por que han pasado las enfermas, desde el momento de la operación hasta el de la salida del Hospital, en estado de completa salud, acogiéndome á la benevolencia y elevado criterio de mis ilustrados oyentes, para su apreciación.

DR. JUAN VELÁSQUEZ URIARTE.