

GINECOLOGIA.

Operaciones que pueden hacerse por la Laparotomía vaginal, especialmente por la laparotomía vaginal anterior ó celliotomía vaginal anterior, según lo que me ha enseñado la experiencia de más de doce años de práctica.

Por los años de 1895, 1896 y 1897 era muy común ver en los servicios de las clínicas quirúrgicas ó simplemente en los servicios de cirugía de los hospitales de París, tratar las afecciones de la matriz y anexos por la vía vaginal, practicando la extirpación de los órganos genitales internos, histerectomía vaginal, colpo-histerectomía, por el método de la forcipresura con pinzas á permanencia, dado á conocer por Péan y modificado y simplificado según técnicas especiales por Richelot, Müller, Quénu, Doyen, etc., y tanto llegó á generalizarse el método de curación dicho, que apenas había una lesión insignificante de la matriz ó anexos, que el cirujano no se creyera autorizado á practicar la castración útero-ovárica: no hay exageración en lo que digo y, consultando mis notas tomadas en los diferentes servicios á que concurrí, hoy quedo pasmado, causándome entonces extrañeza solamente, al ver las lesiones muchas veces insignificantes que habían autorizado una mutilación grave en pacientes las más de las veces jóvenes, y creo que estas consideraciones deben haber motivado la reacción que después se ha

verificado y que desde entonces se iniciaba prescribiendo, Doyen, la abertura del fondo vaginal posterior para explorar los anexos directamente con el dedo y tener una seguridad mayor de que la mutilación proyectada estaba indicada. Mas, á decir verdad, yo nunca ví que después de verificada la exploración dicha, el cirujano cambiara el programa de la intervención, lo que en resumen quería decir que el sentido clínico estaba tan ejercitado, que la exploración directa sólo confirmaba el diagnóstico anterior. Y otros cirujanos, desertando de la rápida, brillante y teatral colpo-histerectomía, procedían por la vía alta, ya para extirpar un anexo (rara vez parte de él), ya ambos anexos, conservando la matriz, tales como Terrière, Delbet, Pozzi, Hartmann, y á tal exageración ha ido el asunto que las intervenciones vaginales sobre los órganos genitales internos, aun las mutilantes, que las conservadoras son casi desconocidas, poco, muy poco se practican en Francia; con asombro, desconsuelo y contricción de un paisano nuestro, consocio y amigo muy querido, el Dr. Velázquez Uriarte que, después de haberme visto practicar, ayudado á hacerlo y hecho él mismo centenares de intervenciones vaginales, así conservadoras como mutilantes, y lo que es más, apreciado el resultado, visto que se conservan la salud y la vida en la mayoría de los casos, llegó á imaginarse que no iba por el buen camino, por el sendero de la ciencia y la verdad y necesitó llegar á otro foco de luz, Viena, para tranquilizar su conciencia, pues vió que en dicha metrópoli trabajan como nosotros los desterrados del mundo científico, y entonces creyó y volvió á tener fe y volvió tranquilo á hacer el bien que antes practicaba y que, en la Babilonia del saber, había creído fuera mal: tan cierta es nuestra esclavitud intelectual que sólo nos deslumbran las ideas que brotan del otro lado del océano.

Por primera vez presencié la práctica de una celiotomía vaginal anterior en París, en el Hospital de la Santé, servicio del Dr. Péan (1896). El jefe de clínica, Delaunay, nos dijo iba á hacernos ver cómo penetrando en el peritoneo, entre la vejiga y la matriz, seccionando transversalmente el fondo de saco anterior de la vagina, se podía luxar la matriz, tenerla en la mano, así como los anexos, hacer sobre estos órganos las operaciones necesarias y reintegrarlos en su lugar, corrigiendo las desviaciones uterinas fijando la matriz á la vagina. Idea lumi-

nosa que teóricamente se me había ya ocurrido y dado á conocer y explicado á algunos de mis amigos y compañeros que perfeccionábamos nuestros estudios en la capital francesa. El gusto, la impresión científica que experimenté, al oír aquel programa de Delaunay, son indescriptibles; preveía la realización de una ilusión y la revelación de una verdad tan fecunda en resultados benéficos para la humanidad: sería posible un diagnóstico exacto de visu, se extirparían solamente los órganos que estuvieran realmente enfermos, se harían las operaciones conservadoras por esta vía vaginal apta y hecha para los traumatismos, y en el caso que un operador novel se equivocara en su diagnóstico, se reduciría el mal á una laparotomía vaginal mínima, sin cicatriz aparente, ideal de las laparotomías exploradoras; tranquilidad de conciencia para el operador por tener un medio de diagnóstico infalible y por ende el medio de hacer el bien con el menor destrozo posible y algo que impresiona á las imaginaciones de los jóvenes: la estética del resultado.

Recogidos, atentos, vimos á Delaunay practicar su operación; la revelación del misterio iba á brotar de aquella experiencia que con toda sinceridad nos dijo se estaba practicando hacía meses en Berlín. Seccionando transversalmente el fondo vaginal anterior, un poco encima del cuello uterino, como si empezara á practicar una histerectomía por metritis dolorosa ó metroanexitis, á pequeños tijeretazos separó Delaunay la vejiga de la matriz, hasta llegar al peritoneo vésico-uterino, abrió éste con las tijeras y, la valva que hacia arriba separaba la vejiga, fué introducida en la abertura peritoneal; pasó en seguida una aguja enebrada con seda por el cuerpo de la matriz, transversalmente y sin penetrar á su cavidad, al nivel de la reflexión del peritoneo, formando así una asa de seda sobre la que estiró un poco, consiguiendo que apareciera una porción mayor del cuerpo uterino debajo de la valva superior; otra asa de seda fué pasada más arriba y en seguida otra cerca del fondo uterino consiguiendo luxarlo y tras de él, pues no había ni una sola adherencia, vinieron los anexos sanos, las trompas rosadas con sus pabellones de color más subido y aspecto aterciopelado y suave, verdaderos pistilos humanos, los ovarios blanco-nacarados con reflejos violados, con uno que otro micro-quiste, la matriz un poco gruesa, blanduja, con el aspecto de las ma-

trices afectadas por la inflamación en su capa intersticial, al grado de que el asa de seda no pudo tener más en este fondo y desgarró el tejido, sangrando de tal manera que obligó al operador, que no estaba acostumbrado á estos asuntos, á decretar la pérdida del órgano conservando los anexos. Como se ve por lo que dejo referido, la experiencia no fué completa porque no se conservó el órgano uterino, pero todo lo demás fué una verdadera revelación: luxación de la matriz sin mutilación; exploración de visu de los anexos, matriz y ligamentos, y antes de todo ataque á los pedículos vasculares!

Tales cosas eran para no dejar dormir á quienes durante semanas enteras no habíamos visto más que el MORCELEMENT en todas sus formas, acabando al fin de cuentas con la extirpación más ó menos completa del aparato genital interno y quedando á permanencia desde dos ó cuatro pinzas (Doyen, Richelot, Terrière) hasta seis, ocho, doce ó más (Péan, Quenu, Le Dantu Reclus.)

No volvió á repetirse la operación, al menos que yo lo supiera, en aquel tiempo, y como ya había yo preparado mis cosas y champurreaba algo de alemán, pocos meses después me trasladé á la capital de Prusia. Me inscribí en las clínicas del Dr. Martin y del Dr. Landau, y asistía, cada vez que se dignaba invitarme á ellas, á las del Dr. Olshausen, é iba frecuentemente á las de Von Bergmann y Von König, visitando, aunque con menos asiduidad, las de Israël, Mackenrodt y Hospital Augusta.

En la clínica de Martin ví instituída una verdadera enseñanza de la ginecología, y á imitación suya, sin seguir todos sus preceptos, fué la enseñanza que yo cimenté en el antiguo Hospital González Echeverría, situado enfrente del palacio de Minería y que terminó con la inauguración del Hospital General y del Consultorio Central. Fué en la clínica de Martin donde ví el tratamiento conservador, por la vía vaginal anterior, de los órganos genitales internos de la mujer afectados de inflamaciones plásticas, muy comunes seguramente en Berlín, así como las desviaciones uterinas comprendido el prolapso, acompañando el tratamiento con la plástica vagino-perineal. Dürshen y Mackenrodt practicaban asimismo la celiotomía vaginal con vagino ó vésico-fijación, siendo muy criticados, no obstante su notoria autoridad, por los ginecólogos y cirujanos, reprochan-

do á esta manera de tratar las afecciones de los órganos genitales internos, el no curarlos, el exponer á los abortos y desgarraduras de la matriz ó á los partos distócicos.

Posteriormente estuve en Viena, y Schauta y Croback, puestos á la cabeza del movimiento científico de su país como profesores de ginecología, aceptaban y practicaban la laparotomía vaginal, aunque no con la extensión y frecuencia que lo había yo visto en la clínica de Martin.

Muchos cirujanos han adoptado esta manera de proceder, sobre todo en Alemania y Austria, en tanto que en Francia, Inglaterra y Estados Unidos apenas si es conocida. El artículo que Pichevin le consagra en el octavo tomo de la obra de cirugía de Le Dentu y Delbet, es incompleto en su parte patológica, aunque bien tratado en técnica general, porque parece estar escrito para tratar de las ligeras afecciones de los anexos, y cuando este señor, autor reputado, estuvo en esta capital el año de 1906, y me dispensó el honor de presenciar algunas de mis intervenciones en el Hospital General, en el departamento de Ginecología, me manifestó no ser muy partidario de este género de intervenciones al igual que la mayoría de sus compatriotas, porque la laparatomía suprapúbica ofrece mayor campo y facilita la intervención.

En la obra de Pozzi dificulto que con la descripción y figuras explicativas de esta operación, haya quien se forme una idea de su técnica é importancia. F. Labadie-Lagrave y Félix Legueu hacen una descripción de la operación que no es para animar á su práctica y mucho han contribuido para que la vía vaginal sea más y mas abandonada en Francia. En los textos americanos ó ingleses que han llegado á mis manos, sólo se habla de la celiotomía vaginal posterior ó de histerectomía vaginal.

En mi segundo trabajo presentado para ingresar á esta academia en la sección de Ginecología el año de 1899, me ocupo de los prolapsos genitales y hablo de la celiotomía vaginal anterior y doy á conocer y hablo de una manera práctica, por primera vez en México, ante una sociedad sabia, de un descubrimiento tan importante como desconocido entre nosotros . . . lo que no obstante la comisión muy honorable y digna que informó á la Academia sobre mi trabajo, dijo, entre otras cosas,

que no había encontrado novedad ni originalidad, etc.; pero se me admitió, aquí me tienen Uds., distrayéndoles de vez en cuando é importunándoles este año con permisos y prórrogas por no haber estado mi salud en las condiciones de otros tiempos.

En la Sociedad Mexicana de Cirugía (que en paz descanse) fueron menos esquivos: me oyeron, y los Dres. Macías y Hurtado, y mis ayudantes y amigos Dres. J. Velázquez Uriarte, C. Zavala, Norma y un discípulo del Dr. Macías, el Dr. Ulises Valdés, encontraron que era una operación lógica, accesible, benéfica y salvadora de la genitalidad femenina.

Mis trabajos posteriores al ingreso á esta ilustrada Corporación, casi no tuvieron otro objeto, durante los años de 1899 y 1900, que demostrar la benignidad de las intervenciones sobre los órganos pélvicos por la vía vaginal.

En el XIII Congreso internacional de cirugía y medicina, reunido en París en los primeros días del mes de Agosto de 1900, presentaba yo (el 8 de dicho mes) una estadística de 162 casos de celiotomía vaginal para tratar las afecciones anaxiales, observando que los que se ocuparon de operaciones conservadoras como Hartmann, decían haberlas hecho por la laparotomía suprapúbica.

He aquí lo que entonces asentaba, pág. 391 á la 394 del volumen de la Sección de Ginecología del XIII Congreso Internacional de Medicina. París, 1900.

Des operations conservatrices et mutilantes sur les organes genitaux internes de la femme, coeliotomie et histerectomie. Par J. Villarreal. Mexico.

Avec les progrès d l'asepsie, les operations mutilantes sur les organes genitaux internes de la femme ont été reduites adjourd' hui aux cas dans lesquels il est impossible de rien conserver, la maladie ayant produit la complete destruction fonctionnelle ou organique desdits organes.

Les opérations conservatrices, plus en harmonie avec le génie chirurgical moderne, ont pris un grand développement dans

ces dernières années, grâce au progrès de l'asepsie et à la vulgarisation de la COELIOTOMIE ABDOMINALE, et sur tout à la COELIOTOMIE VAGINALE.

Cette dernière opération, en gynécologie, domine toutes les autres, et on peut dire que c'est la clef de toute intervention chirurgicale, pratiquée dans la portion des organes féminins internes, couverts par le péritoine, quand lesdits organes ne franchissent pas, par leur volume anormale produit par la maladie, le détroit supérieur, et quand les adhérences ou les infiltrations des ligaments n'empêchent pas leur descente: il reste alors la voie haute pour le traitement des affections néoplasiques et inflammatoires, qui ne peuvent pas, par les raisons exposées plus haut, être traitées par la voie vaginale.

Ainsi par la cœliotomie vaginale antérieure se pratique, dans les cas favorables, avec succès, le traitement de la rétroflexion et de la rétroversion adhérente ou non, en faisant le détachement des adhérences du corps (si elles existent) et la vagino-fixation antérieure.

Le traitement des pelvi-péritonites chroniques adhésives, dans lesquels non seulement la matrice, mais encore les trompes et les ovaires sont déplacés et fixés par les adhérences.

La désencapsulation et fixation dans une position convenable ne sont pas des choses difficiles et encore moins impossibles. Comme la voie vaginale antérieure permet une exploration étendue et minutieuse, aussi bien par le toucher que par le visu, des organes internes, elle nous met dans les meilleurs conditions pour pratiquer l'hystérectomie ou castration totale, en cas de perte totale desdits organes, avec plus d'amplitude et de benignité, nous permet d'enlever un ovaire micro-kystique ou sclero-kystique ou la portion d'organe malade, ou la trompe de former son stome, ou de diminuer par l'amputation son excessive longueur, ou par sa résection longitudinale de rétrécir son calibre, dans le cas d'un hydrosalpinx perméable non volumineux, ou bien dans les hydro-salpinx, hémato-salpinx, dans certains pyo-salpinx unilatéraux, d'enlever l'organe malade en laissant la portion d'ovaire saine, ou encore d'extirper la trompe d'un côté et l'ovaire du côté opposé; on peut encore combiner toutes ces opérations, ce qui est le cas le plus fréquent, conservant les parties des organes qui sont intactes, en

les remettant, dans la mesure du possible, dans leur position normale. Les tumeurs moyennes, aussi grosses que le poignet et encore plus grosses quand elles sont kystiques, peuvent être extirpées avec facilité, sans mutilation grave, laissant l'utérus et les annexes en état de pouvoir fonctionner, par cette voie vaginale antérieure, que le professeur Dürhsen trouva et qu'ensuite le professeur Martin a vulgarisée.

Je le répète, toujours dans le cas d'absence d'une adhérence extraordinaire. ou d'un volume considérable de la matrice et des annexes, leur traitement par la voie vaginale s'impose par sa simplicité: facilité de l'exploration, bénignité; et comme une période préliminaire de l'extirpation totale de la matrice et des annexes, dans le cas où leur conservation serait jugé impossible ou inutile.

J'ai fait dans l'Hospital Morelos et dans la clinique gynécologique que je dirige, et parmi les malades de ma clientèle 162 coeliotomies pour des affections diverses et qui ont présenté un caractère conservateur. Toujours plus d'une opération a été nécessaire dans la même séance, surtout parmi les patientes atteintes de ce complexus pathologique consécutive à l'infection puerpérale, et caractérisé par l'englobement des organes génitaux internes, les adhérences résistantes, chroniques péritonéales, épiploïques et intestinales, traces de ladite infection, accompagnées en même temps de déchirures du périnée et des prolapsus plus ou moins avancés.

Les opérations plastiques vagino-périnéales sont un complément forcé des dites interventions, aussi bien que dans les autres cas de prolapsus dans lesquels il faut employer l'hystérectomie.

Dans les 162 opérations citées la guérison a été la règle.

Sur 5 la suppuration s'est produite et il a eu 15 cas de réproduction des accidents (des ovaires micro-kystiques, trompes obstruées, etc.), et la continuation des souffrances a rendu indispensable une seconde intervention pour finir par l'extirpation d'une des annexes ou l'extirpation totale de tout l'appareil génital interne, n'ayant eu aucun décès parmi ces 162 opérées.

43 hystérectomies vaginales par des affections inflammatoires,

parenchimateuses, plastiques, hidro-kystiques ou suppurations des anexes.

(Dans 26 cas on fit préalablement la coeliotomie vaginale antérieure comme moyen d'exploration, terminant ensuite par l'extirpation de la matrice et anexes, et dans 17 comencant aussitot par l'hystérectomie: un décès.)

Partisan convaincu des interventions vaginales, il est naturel que je traite le cancer uterin par cette voie, ayant obtenu: 1^o d'exelents résultats dans le cancer du col, quant les cul-de-sac vaginaux ont été a l'abri de l'invasion; 2^o des resultats moins bons quand les cul-de-sac vaginaux ont été envahis, malgré la résection de la portion supérieure du vagin; 3^o des résultats moyen squand l'invasion s'est étendue à la base des ligeraments larges et que la matrice est adhérente; 4^o des mauvais résultats dans le cancer du corps avec invation du vagin et de la vessie, parce-que la reproduction se fait sur place et dans les deux malades décedées, sur les 34 operées, il s'agissait de cette forme très avancé du cancer. Dans les malades de la première categorie j'ai des operées sur lesquels la reproduction ne se reproduisit pas au bout de plus de deux années, ainsi que dans quelques cas de la deuxième catégorie; je fais remarquer toutefois que je fais la résection du vagin très ample, et reproduction plus ou moins tardive dans les cas de la troisième et quatrième catégorie.

Cependant au point de vu de la survie, j'ai obtenue des guérisons plus ou moins satisfaisantes, comme également pour la disparitiön des douleurs, des hémorragies et des infections secondaires. Le résultat opératoire immédiat a été excellent sans distinction des cas, soit que j'ai employé la méthode de forci-presure ou fili-presure" ou celle que j'appelle hémostatique ou d'emielection" sans application des pinces, ni fils, en drainant dans tous les cas.

Je réserve les interventions par la voie abdominale pour les tumeurs géantes des ovaires et de la matrice, pour les pyo-salpinx volumineux ou extrêmement adhérents ou dans les cas dans lesquels l'intervention par la voie vaginale est impossible.

Ainsi j'ai operé 36 kystes de l'ovaire de grandeur et de nature différentes et parmi eux un immense (il pesait 58 kilos) porté per une pauvre vieille de 60 ans qui sucomba 13 jours

après l'opération d'une pneumonie hypos tatique; la blesure ventrale était cicatrisée.

38 opérations pour fibromyomes (16 hystérectomies supra-vaginales sans drainage, 6 en faisant le drainage par le cul-de-sac de Douglass et 13 hystérectomies totales); 2 décès: l'une, femme de 48 ans était atteinte d'une tumeur géante (7 $\frac{1}{2}$ kilos) et encore d'une lesion organique non compensée; elle mourut le dixieme jour de l'intervention. L'autre, aussi atteinte de lesion valvulaire succomba au quatrieme jour.

3 hystérectomies pour fibromyomes: trois succès.

6 cœliotomies abdominales pour hématomes rétro-utérins péritonéaux (dans deux cas l'embryon était perceptible du deuxième au troisième mois) et d'autres afections coéxistentes de la matrice et des anexes finissant par l'hystérectomie totale, et dans les cas restantes par l'extirpation de l'anexe malade et détachement de son congénère, ventro-fixation, et drainage par le Douglass: 6 succès.

3 laparotomies par appendicites et salpigo-ooforites plastique avec rétroversion uterine, chez des femmes sans enfants, en faisant l'extirpation de l'appendice et de l'anexe droite et finissant par la "ventro-fixation:" 3 guérisons.

Dans 11 cas (à la demande expresse des malades) l'extirpation des anexes pour salpingo-ooforites parenchymateuses, purulentes ou hydro-kistiques, par la voie abdominale, 7 hystéropexies complémentaires: 11 guérisons.

32 hystérectomies totales, un décès, le premier, et 14 supra-vaginales avec drainage par le Douglass pour pyo-salpinx double; 45 guérisons.

15 extirpations soit de l'anexe droite, soit de la gauche par pyo-salpinx unilatéral; dans trois cas hystérectomies abdominales par répétition des accidents.

Une hystérectomie abdominale laissant les anexes saines, par cancer volumineux non ulcéré du col uterin, chez une femme agée, très obèse, la guérison persiste.

Une castration utéro-ovarique abdominale par cancer du col ou du corps, avec un commencement d'ulceration, opération récente. Dans ces deux cas aucune manœuvre sur les ganglions.

52 opérations de hernie: 52 guérisons.

2 extirpation de rate hypertrophiée, l'une chez une fillette de 11 ans et l'autre chez une femme de 24 ans (rate enorme 6 $\frac{1}{2}$ kilos): cette dernière succomba d'épuisement 5 heures après l'intervention.

6 laparotomies exploratrices, dont 3 avec anhéstésie locale dans lesquelles j'ai fermé le ventre, m'ayant trouvé en présence des lésions en dehors des secours chirurgicaux. Totale: 459 opérations abdominales avec une mortalité de 8, soit 1 $\frac{1}{2}$ pour 100,

La méthode d'asepsie que j'ai employé est la plus simple; de l'eau stérilisée, ébullition des instruments, compresses à la solution de 1% de carbonate de soude, au même temps grand usage de la solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium.

Je fais quelques modifications de détail dans la technique de la cœliotomie de Martin, à fin de la faire suivre au besoin de l'extirpation de la matrice, soit par la fili—pression ou par celle déjà énoncée sous la dénomination d'hémostatique ou d'énucléation encore à l'étude. Cette méthode facilite l'extirpation de la matrice et des annexes ou d'un de ces organes, en ne produisant qu'une faible hémorragie, et n'ayant à lier que des petits vaisseaux, si l'hémostase ne se produit pas d'elle même, même après l'extirpation des plus grosses tumeurs, car elle est indiquée par les deux voies d'intervention sur les organes féminins de la génération.

Desde fines de 1900 y con el auxilio de la raquianestesia, nos fué más fácil el tratamiento vaginal de las afecciones ginecológicas intrapélvicas, conservadoras ó no, revelando este estado de cosas mis trabajos presentados á esta Academia ó á la Sociedad Mexicana de Cirugía y las tendencias cada vez crecientes de ampliar el campo de las intervenciones vaginales, tanto por la benignidad de las operaciones así practicadas, como por la excelencia de los resultados, y aprovechando el inapreciable recurso que presta la celiotomía vaginal anterior como operación exploradora, puede decirse que, excepción hecha del cáncer del cuello, es el preliminar de toda histerectomía vaginal, habiéndome sido posible, según lo comuniqué en un trabajo extraordinario presentado á esta Academia, la extirpación, por dicha vía vaginal anterior, de un quiste gigante, adherente al epiplón, de 21 litros de capacidad, conservando la matriz y el

anexo izquierdo, previa resección parcial del ovario microquístico y salpingostomía por estar obstruido el pabellón de la trompa.

Entre las operaciones conservadoras señalaré las anastomosis tubo-uterinas é implantación del ovario en la matriz, de las que ya he dado cuenta en trabajos sucesivos á la Academia y que tienen su aplicación en los casos de afecciones destructoras de los anexos, permitiendo la conservación del pabellón uterino y de un ovario ó parte de él, salpingiti nudosa intersticial, piosalpinx uni ó bi-lateral, ú ooforitis microquística ó esclerquística metro anexitis plástica.

La miomectomía, aun tratándose de fibromiomas más grandes que el puño, y que cuando son varios su volumen llega al de una cabeza de feto, es posible y altamente benigna, y la salud y la vida de más de una enferma se deben á este género de intervención. Un caso elocuente es el de la señora X: jamás había tenido familia, encontrándose afectada de fibromiomas múltiples, pequeños, murales y submucosos; la endometritis concomitante se había propagado á la trompa y ovario derechos, produciendo una hidrosalpinx voluminosa y ooforitis microquística. Se extirparon nueve núcleos fibrosos cuyo tamaño variaba del de un limón al de una avellana; la matriz quedó reducida á un verdadero cascarón; se extirpó el anexo derecho y se rehizo la pared anterior de la matriz, á través de la que se extirparon los núcleos fibrosos, se canalizó la cavidad uterina, se reforzó la pared uterina anterior ya suturada, con el peritoneo vesical, haciéndose al mismo tiempo la véscico-fijación. Curación completa; un año y medio después, embarazo y parió á término sin otra intervención que la de una partera de barrio.

El apéndice ilio-cecal adherido al anexo derecho por adherencias plásticas ó plástico-purulentas, es factible de extirparse haciendo su ligadura y aun sutura. Grandes porciones de epiplón pueden ser resecaadas como lo he demostrado al tratar del quiste gigante operado por la vagina.

Las desgarraduras del intestino que no lleguen al borde mesentérico pueden tratarse por esta vía, así como cualesquiera desgarradura del recto-canalizando por el fondo de Douglass. Esta canalización es asimismo de grande importancia en los

piosalpinx, quistes dermoides supurados, hematomas retro-uterinos, ó cuando habiendo destruido muchas adherencias ha ya escurrimiento sanguíneo abundante, ó se tema un estado séptico de los líquidos que queden en la cavidad pélvica.

Por la incisión del fondo vaginal posterior, laparotomía vaginal posterior ó celiotomía vaginal posterior, se evacuan las pelvi-peritonitis supuradas, piosalpinx voluminosos, embarazos extrauterinos, y en general, todas las colecciones de líquidos que hacen prominente el fondo posterior de la vagina, y por esta vía también se practica la exploración de los órganos genitales internos (Doyen) y de los ganglios pélvicos en caso de epiteliomía como veremos luego. La extirpación de los anexos por esta vía, ó su tratamiento conservador, es factible aunque más difícil y expone á las desviaciones uterinas, y así en la misma sesión ó en otra si el estado septicidal de los órganos no lo permite, se recurrirá á la celiotomía vaginal anterior para hacer lo que sea necesario sobre la matriz y anexos, conducta que se debe seguir en el tratamiento conservador en caso de piosalpinx ó de embarazo extrauterino roto en el peritoneo antes del cuarto mes. (L. Guzmán. Tesis. 1906).

El tratamiento de los tumores vesicales y resección parcial ó total del receptáculo urinario, deben practicarse en la mujer por la vía vaginal anterior, así como la resección de la porción vesical del uréter y su implantación en la vejiga, urétero-cistoneostomía, como he tenido que hacerlo en los cánceres de la matriz que invaden el trigono vesical.

Reconocida por la exploración directa y de visu la imposibilidad de conservar los anexos y la matriz, se procede á la histerectomía. I. Reduciendo el órgano luxado y circuncidando la vagina al derredor del cuello, se secciona el fondo de Douglass; (a), para coger las uterinas con los ligamentos útero-sacros, practicando así la hemostasia previa; (b), no cogiendo las uterinas se vuelve á luxar la matriz haciendo la prehensión de los pedículos vasculares de arriba á abajo, lo que aumenta el campo de la intervención. II. Método mas elegante aunque un poco difícil; luxada la matriz y exteriorizados los anexos, hacer sucesivamente la prehensión de los pedículos infundíbulo-pélvico y ligamento redondo de cada lado, base del ligamento ancho é inserción uterina del ligamento útero-sacro compren-

diendo la arteria uterina, sección del peritoneo del Douglass terminando con la sección de la vagina al derredor del cuello. III. Si la resistencia de las adherencias ó el volumen y espesor de los anexos no permitieren la luxación de éstos, se extirpará la matriz haciendo la prehensión de las uterinas de abajo á arriba hasta coger el cuerno uterino de arriba á abajo empezando por el cuerno uterino y terminando por la prehensión de la arteria en la base del ligamento ancho, y si el cuerpo uterino es voluminoso, se practicará su despedazamiento metódico y escalonado con vaciamiento conoide si es necesario, dejando para lo último los anexos, teniendo así un espacio mayor para intervenir en ellos, y si la amplia vía formada no fuere bastante, queda el recurso de la incisión uni ó bilateral del perineo.

La laparotomía vaginal así ampliada, da acceso á todo el recinto pélvico, pero raramente hay que recurrir á estas incisiones perineales: grandes fibromiomas, piosalpinx complicados de esclerosis del tejido celular pélvico, epiteliomas de la matriz con invasión de los fondos vaginales y parametrio. Ejemplos:

I.—Multípara de 48 años de edad, afectada de fibromiomas múltiples de la matriz, formando una masa que llega al ombligo, pero que bien enclavada en la pelvis indica la existencia de núcleos desarrollados al nivel del istmo del cuello comprometiéndolo los uréteres, la enferma está muy pálida, soplo anémico en el corazón y gruesos vasos. Se recurre á la raquianestesia. Circuncisión vaginal alrededor del cuello, se divide éste en dos colgajos, anterior y posterior, se secciona el primero haciendo un vaciamento conoide al nivel de su inserción y se coge con el tirabuzón la masa fibrosa anterior; se repite la operación con el colgajo posterior del cuello y se coge con fuertes pinzas de ganchos la masa fibrosa restante; vaciamento conoide alrededor del tirabuzón, reimplantación de éste y se repite el vaciamento separando hacia arriba la vejiga hasta que quede á descubierto el peritoneo que reviste al tumor; con fuertes pinzas se coge la masa fibrosa de uno y otro lado y se resecan porciones de tejido fibroso, hasta que un núcleo y después otro y otro van quedando á descubierto y siendo extirpados, consiguiendo luxar al último una masa tan grande como una cabeza de feto á término; prehensión de los pedículos vasculares y después li-

gadura; sutura del perineo desgarrado hacia la izquierda. La masa fibrosa pesó 3 kilos 300 gramos, la última porción 1,600 gramos. Anestesia completa. Curación sin accidente.

II.—Mujer joven, 30 años, bípara. Metrorragias y dolores abdominales y de cintura. Fibromiomas múltiples. La masa fibrosa queda á cuatro traveses de dedo debajo del ombligo.

Como se trata de mujer joven se intenta la miomectomía por la vía vaginal por ser más benigna. Se extirpan sucesivamente tres núcleos fibrosos de la cara anterior de la matriz, cada uno tan grande como una lima; se siente profundamente en la masa uterina otro núcleo tan grande como los anteriores, y á través de la incisión que ha servido para extirpar éstos se llega á la cavidad uterina y se extirpan otros dos núcleos como limones grandes que hacían eminencia en la cavidad uterina cerca del fondo de la matriz, muy reducido el órgano uterino, sin embargo, con el volumen casi de los dos puños, pues aun tenía varios núcleos intersticiales; fué luxado y desprendidos los anexos, se ve que éstos están invadidos por la inflamación parenquimatosa é intersticial, lo que me determina á practicar la histerectomía, como dejo dicho, substituyendo las pinzas por ligaduras como se hace en las intervenciones abdominales ó en cualesquiera otra región.

Puede decirse que no hay intervención ginecológica practicada por mí que revista alguna particularidad que no os la haya referido; ¿qué mejor depositario de los trabajos nuestros que el archivo de esta corporación tan buscada y apreciada?

En el tratamiento de los cánceres uterinos para los que toda sección nos parece poca en el interés de llevar nuestra acción aun en los más avanzados, diré con franqueza: la ampliación perineal pocas veces la he empleado y desde que secciono más vagina para alejarme de la úlcera cancerosa, me ha parecido suficiente la vía para extirpar porción vaginal, cuello, cuerpo uterino y anexos, ligamentos y vasos, teniendo la vanidad de mostrar las piezas extirpadas por esta vía más completas que las extirpadas por el abdomen, y que excepción hecha de los ganglios, es la operación tan completa ó más que la practicada por la vía alta. Mas ¡qué diferencia de la gravedad de la intervención! Por esta razón, las intervenciones por la vía abdominal las reduzco á los solos casos en que los ganglios están invadidos, lo que si no

es posible descubrir por la exploración, sí lo es iniciando la intervención por la vagina y haciendo la exploración por el fondo de Douglass, terminando por el vientre, lo que ahorra tiempo, dificultades y peligros.

Por lo expuesto, se ve que el límite de las intervenciones vaginales no está propiamente en el volumen más ó menos grande del tumor, como lo asentaba yo en el XIII Congreso Internacional de Medicina y Cirugía: "tumores que lleguen hasta cuatro traveses de dedo debajo del ombligo se operan por la vagina, los que pasen de este volumen por el abdomen." Nó; más bien hay que tener en cuenta la naturaleza del tumor, su consistencia, contenido y adherencias, así como la práctica que se tenga en las intervenciones vaginales, y de una manera general puede decirse que los fibromiomas que quedan cerca ó que llegan al ombligo se les operará por el abdomen, los que sobresalen sólo del estrecho superior y están enclavados en la pelvis es acertado tratarlos por la vagina ó cuando menos comenzar por esta vía y en caso de dificultades proceder por la vía alta.

En los quistes del ovario, se procederá por la vagina, así se trate de quistes gigantes, siempre que se sospeche no haya grandes adherencias, y en todo caso vaciado el quiste y abierto el fondo peritoneal posterior se aprecia si es posible continuar la intervención, quedando siempre el recurso de terminarla por el abdomen, quedando abierta la vía de la canalización inferior.

En los piosalpinx, hematosalpinx, tuberculosis genital, cánceres y afecciones sépticas de la matriz y anexos, debe como regla intentarse la intervención vaginal, lo que facilita la asepsia y la intervención abdominal en caso de que la pelviperitonitis crónica y la celulitis esclerosa no permitan la operación por la vagina.

Las desviaciones uterinas, comprendido el prolapso, las afecciones plásticas é hidroquísticas ó purulentas de los anexos, fibromiomas pequeños ó medianos, y en general todas aquellas afecciones que no salen del recinto pélvico (sic) y que hacen presumir pueda practicarse una intervención conservadora, se practicarán por la vagina. Vía igualmente requerida para las resecciones vesical parcial ó total é intra-peritoneal del recto.

Tal es la manera como he comprendido el tratamiento de las afecciones ginecológicas, y que una práctica constante de doce

años me ha puesto en estado de apreciar sus ventajas y alcance.

Entre la operación de Delaunay y la celiotomía vaginal que hoy practico, no hay más diferencia que la de los años transcurridos. A la incisión transversa ha sucedido la antero-posterior de la vagina; al desprendimiento parsimonioso de la vejiga el rápido por la sección de un tijeñetazo de la aponeurosis pubi-vésico-uterina; á la prehensión de la matriz con hilos de seda la prehensión con pinzas de fuertes ganchos y luxación con el dedo, gancho ó tijera, y cuando una matriz sangra por estos maltratos no se la extirpa, sino que se la sutura y se la conserva y no se sacrifica el órgano sino en caso de destrucción completa de ambos anexos.

Al terminar esta síntesis de mis trabajos, no me queda más que hacer constar que todos y cada uno de los conceptos expresados tienen su historia y su justificante, y lo mismo que representan el resumen de una labor de años, constituyen el programa de enseñanza que he venido vulgarizando con fruto entre mis amigos y discípulos.

México, Julio 7 de 1909.

J. VILLARREAL.