

## CIRUGIA GINECOLOGICA.

---

**Intervenciones intraperitoneales.—Varias cifras de mi estadística personal relativas á la celiotomía.—Apreciaciones clínicas.**

Las consideraciones y apreciaciones clínicas que ahora tengo la honra de someter al ilustrado criterio de esta docta Corporación, se refieren á 76 operadas en mi servicio del Hospital General. Las operaciones fueron practicadas en el lapso de tiempo que ha transcurrido desde Julio de 1905 hasta Junio del presente año de 1908. En esa cifra sólo están comprendidas las intervenciones ginecológicas intra-peritoneales llevadas á cabo, ya por la vía alta, ya por la vía vaginal; pero que de una ú otra de estas dos maneras siempre se reducen á un solo y mismo género de operación: la celiotomía.

Comenzaré por agruparlas según la vía por donde fueron practicadas y después las clasificaré según el padecimiento diagnosticado.

20 intervenciones fueron hechas por la vía alta y 56 por la vía vaginal. Del total de operadas, fallecieron 4, ó lo que es lo mismo, hubo una mortalidad casi del 5% (5.26). Se practicaron 42 colpo-celiotomías vaginales anteriores, las cuales quedan repartidas del modo que sigue: 28 colpo-celiotomías anteriores,

por metro-anexitis quísticas, crónicas, acompañadas de peri-anexitis plástica adherente y retroversión uterina. En este grupo están comprendidas, además de la colpo-celiotomía anterior, las diversas operaciones complementarias que en estos casos son indispensables, á saber: destrucción de las adherencias; punción de los micro-quistes ováricos, en algunas; salpingostomía, en otras; en pocas enfermas hubo necesidad de extirpar un anexo ó de reseca parte de uno ó de los dos ovarios; terminada la intervención referida, se llenaron las indicaciones terapéuticas relativas á la fijación de la matriz. El resultado de estas intervenciones fué feliz; no hubo mortalidad. De 8 colpo-celiotomías anteriores practicadas por anexitis quísticas, 4 se hicieron por hidrosalpinx, 1 por hematosalpinx y 3 por anexitis supuradas ó sean pequeños piosalpinx. Entre las 12 restantes, 2 fueron por pequeños fibromiomas, habiéndose hecho miomectomías; 1 para extirpar un quiste para-ovárico de mediano volumen (como del tamaño de la cabeza de un feto á término); 7 por prolapsos uterino completo, habiendo tenido que destruir las adherencias de la matriz al fondo pélvico, fijar ésta á la vagina y completar el tratamiento con la colporrafia anterior y la colpoperineorrafia ó sea miorrafia amplia y, por fin, las 2 últimas se hicieron por anexitis esclero-quísticas, que habían determinado ligera peri-anexitis adherente; lo cual obligó á destruir las adherencias, á puncionar los quistes ováricos y á practicar la vesicofijación. Las 14 intervenciones vaginales que falta considerar, se dividen como sigue: 3 histerectomías por cáncer uterino; 2 por prolapsos uterinos completos ulcerados, practicadas estas dos en enfermas de 60 y 72 años de edad respectivamente; 2 por fibromiomas múltiples y 7 colpotomías posteriores por piosalpinx voluminosos. En este grupo de operadas tampoco hubo mortalidad.

Las intervenciones por la vía alta fueron 20, repartidas del siguiente modo: 5 panhisterectomías por fibromiomas voluminosos, de las cuales, 2 fueron subtotales y 3 completas, es decir, con extirpación del cuello, á fin de canalizar (drenaje) por la vagina la pequeña pelvis. Curaron las 5 operadas. 1 histerectomía total por fibromiomas y piosalpinx derecho; en esta enferma hicimos el diagnóstico previo de matriz fibromatosa con núcleos pequeños superficiales y anexitis quística derecha, sin afirmar nada con respecto á la naturaleza del contenido del

anexo quístico, por no haber encontrado síntomas que nos permitieran hacer este diagnóstico. Esta enferma curó. 1 histerectomía total por embarazo extrauterino; en esta enferma no se pudo conservar la matriz con sus anexos, por haber encontrado los órganos en malas condiciones, á consecuencia de una amplia pelviperitonitis, que había envuelto y adherido entre sí matriz y anexos. Esta enferma también curó. 1 laparotomía supra-púbica, para extirpar un hematoma retro-uterino de regulares dimensiones, cuya pared quística estaba formada por el pabellón de la trompa derecha y el ovario del mismo lado, habiendo podido despegar el quiste completo, sacrificando, por consiguiente, la trompa y el ovario. 2 histerectomías totales, por cáncer uterino, las cuales se practicaron inmediatamente después de haber cauterizado con amplitud el cuello de la matriz, y desprendido, mejor dicho, seccionado circularmente la pared vaginal, lo más lejos del padecimiento. Estas enfermas curaron desde el punto de vista quirúrgico. Hay que hacer mención de otras 5 histerectomías practicadas por la vía alta, por piosalpinx voluminosos. Al abrir el vientre, encontramos los órganos intra-abdominales, epiplón, intestinos, matriz y anexos confundidos entre sí por adherencias múltiples, á tal grado, que impedían verificar al punto la extirpación de los órganos genitales; pero á poco de haber iniciado las maniobras conducentes á despegar el epiplón de la masa intestinal, pudimos proseguirlas profundizando cada vez más, hasta conseguir llegar á los quistes purulentos, que hubo necesidad de puncionar. De estas 5 enfermas solamente se salvó 1; las otras fallecieron: 2 á consecuencia de la pelviperitonitis difusa, y las otras 2 de enterocolitis aguda; padecimientos tal vez originados por la exaltación del proceso pélvico general que ya había en estas enfermas. Las 5 laparotomías restantes fueron hechas para extirpar 5 grandes quistes ováricos. De las operadas 1 murió á los 17 días de la intervención. En estas pacientes no se practicó la histerectomía, sino la extirpación del quiste nada más.

Según se dijo al principio, el total de operadas está representado por la cifra de 76, de las cuales fallecieron tan sólo 4. Cierro las notas estadísticas relativas, indicando con respecto á este total de intervenciones, que en 52 se empleó la raquianestesia cocaínica; en 10 fué necesario, además del empleo de este

recurso, ocurrir también al de la cloroformización; en 4 se usó simplemente la anestesia clorofórmica; 5 se practicaron con el auxilio de la estobaina y 5 con el de la tropococaína.

Aun cuando sea someramente, considero oportuno descender á ciertas apreciaciones tocante á los casos desgraciados de mi estadística, porque, en mi concepto, juzgo de mayor utilidad el hacer tales apreciaciones, encaminadas á descubrir los motivos que han determinado la muerte de las operadas, que no detenerme en reflexiones acerca de los casos felices, acerca de aquellos en que el resultado fué satisfactorio. Es bien conocido, por otra parte, el sendero que conduce al éxito en los casos quirúrgicos, y con no rara frecuencia se tiene la ocasión plausible de escuchar en el seno de esta docta Corporación la historia clínica de casos que bien pudieran llamarse sorprendentes. ¿Pero acaso la brillante relación de semejantes éxitos es suficiente para poder apreciar con entera claridad la manera de evitar los errores? Ciertamente no. Por eso consideramos más conveniente apreciar en todos sus detalles los casos desgraciados, aquellos en que el éxito anhelado no ha venido á coronar la obra emprendida; porque, sin duda, se llegarían á conocer mejor las cosas en sí mismas, si se tuviera el cuidado de estudiarlas paralelamente, por decirlo así, considerando los éxitos y los fracasos, poniéndolos en contraposición, á fin de descubrir las diferencias en que radica ese contraste.

Entre las 4 operadas, que fallecieron después de la intervención á que fueron sometidas, hay una cuya historia reviste bastante interés. Comenzaré por hacer la relación de sus antecedentes clínicos y de los pormenores de la técnica operatoria con ella observada, á ver si acierto en la apreciación del resultado alcanzado.

J. R., nulípara, de 52 años, de constitución endeble, refirió que á la edad de 25 empezó á advertir que se le abultaba el vientre, coincidiendo esto con algunos trastornos del flujo catamenial. Las perturbaciones de este género aumentaron con los progresos de la edad y cuando llegó al Hospital, se quejaba de las perturbaciones mecánicas determinadas por el tumor del vientre; tan desarrollado estaba el neoplasma que ocupaba toda la cavidad abdominal, comprimiendo los intestinos, el estómago y el diafragma y dificultando, por lo mismo, los movimien-

tos respiratorios. Había, además, abundantes metrorragias. Hecho el diagnóstico del padecimiento, quiste gigante del ovario, se analizó la orina, obteniendo el dato de existir ligera cantidad de albúmina y nos decidimos á operarla. Practicada la laparotomía, nos encontramos con un quiste multilocular adherente al epiplón y á la masa intestinal en una extensión bastante grande. El quiste fué extirpado después de haber hecho la punción para vaciarlo previamente; se extrajo gran cantidad de un líquido de color moreno obscuro y entonces se pudo reconocer, examinando la bolsa, que en su pared interna había algunas otras pequeñas cavidades que encerraban también una substancia líquida; eran otros pequeños quistes y, además, existían muchas vegetaciones blandas; todo lo cual nos hizo pensar que se trataba de un quiste mucoide. Vaciado el contenido de la bolsa, se la separó del epiplón é intestinos, destruyendo las adherencias, haciendo las ligaduras del epiplón sangrante y comprimiendo con gasas asépticas las superficies cruentas que originaba el despegamiento. Para extirpar la bolsa, fué necesario dividir su pedículo en dos porciones por medio de dos ligaduras hechas con catgut. Terminada la operación, se puso un vendaje compresivo sobre el vientre. La operada quedó tranquila, con pulso fuerte, regular, 90 pulsaciones por minuto. Con este bienestar estuvo los primeros cinco días, durante los cuales la temperatura no pasó de 37° centígrados, por la mañana, subiendo apenas á 37°6, por la noche. El sexto día, después de la operación, al visitar á la enferma por la mañana, notamos que la temperatura había subido á 38°5, el pulso se había debilitado, aumentando su frecuencia (120 pulsaciones por minuto); no había otro síntoma alarmante. Al día siguiente, en la mañana, la temperatura subió á 39°, habiendo tenido la noche anterior 39°5; las pulsaciones, tan frecuentes como el día anterior; la enferma se quejaba de ligero dolor del vientre. Se la reconoció, encontrando que el fondo vaginal posterior estaba empastado, sensible y ligeramente renitente. Por tal razón, nos vimos obligados á practicar inmediatamente la colpotomía posterior; hecha la cual, se descubrió, en el fondo de Douglas, un hematoma constituido por sangre oscura no coagulada, que, en nuestro concepto, fué originado por la hemorragia de las superficies cruentas, resultantes de las adherencias destruidas, así como

por el escurrimiento *ex-vacuo*, que se produjo quizás al extirpar el tumor, no obstante la compresión de las paredes del vientre por medio del vendaje.

Hasta aquí parecía haberse salvado la enferma, supuesto que después de haber vaciado y canalizado el foco hemorrágico, se advirtió la mejoría de la situación; la temperatura, en efecto, bajó hasta 37°, sosteniéndose el descenso durante cuatro días consecutivos. El estado general y el pulso mejoraron también; todo lo cual nos hizo concebir esperanzas halagadoras, confiando el cuidado de las curaciones subsecuentes al practicante del servicio.

El quinto día, después de la colpotomía posterior, la enferma volvió á experimentar malestar; la temperatura subió á 39°5, anunciándose la elevación con intenso calosfrío; desde este momento aparecieron síntomas graves (sequedad de la lengua, dolor generalizado del vientre, meteorismo exagerado, pulso frecuente y pequeño, estado general deprimido). Este cuadro sintomático se acentuó más cada día hasta el décimoquinto, á contar desde la primera intervención, en que falleció la paciente, á consecuencia de infección peritoneal, probablemente adquirida después de la colpotomía ya referida.

Reflexionando sobre este desastre, conviene tener presente que en los grandes tumores del vientre, las portadoras de ellos, al ser operadas, están expuestas á las hemorragias *ex vacuo*, así como á las que se producen por la sección de los vasos pequeños, al destruir las adherencias. Es conveniente, pues, procurar que el quiste se vacíe lentamente y, además, poner mucho cuidado en el tratamiento de las superficies cruentas; evitando cualquier escurrimiento sanguíneo, sea por medio de la compresión directa y sostenida, sea por medio de las ligaduras, sea por medio de las autoplastias peritoneales; en una palabra, realizando la hemostasis completa, para impedir la formación de hematomas ó la acumulación de sangre en cantidad tal, que no siempre será fácilmente reabsorbida por el peritoneo.

Tocante á la mortalidad en las operaciones por piosalpinx, brevemente expondremos las causas que, en nuestro concepto, las han motivado. En las operaciones ejecutadas por padecimientos anexiales, cuando éstos han llegado al período de enquistamiento y los fenómenos agudos han calmado y, por tanto, cuan-

do el proceso ha pasado al estado crónico, se presentan en el orden quirúrgico distintos problemas, de cuya consideración muchas veces sucede que el operador se aparta del buen camino y se propone seguir otro que, indudablemente lo conduce á un resultado lamentable. Por tal razón, hecho el diagnóstico en los casos que consideramos, nos pareció más conveniente practicar la laparotomía supra-púbica, pensando que se trataba, en uno de dichos casos, de tumor fibromatoso y no del voluminoso piosalpinx, que se encontró al abrir el vientre. Hubo, pues, error de diagnóstico debido á varias circunstancias que conviene puntualizar. En primer lugar, los datos que suministran algunas enfermas son tan defectuosos y tan ambiguos, que en manera alguna se les debe dar el valor que merecen los conmemorativos fidedignos, y como, por otra parte, entre esos datos que proporcionan, se comprenden los síntomas subjetivos que son de tanta importancia, no es difícil penetrarse de la deficiencia que reviste la apreciación diagnóstica en casos semejantes. La paciente, á quien vamos á referirnos, no nos suministró dato alguno respecto de puerperalidad infecciosa, ni hizo mención tampoco de algún síntoma capaz de encaminar nuestro juicio en el sentido de poderlo relacionar con algún padecimiento blenorragico. Solamente insistió en que varias veces había tenido hemorragias uterinas, acompañadas de vagos dolores del vientre, y estos últimos síntomas, según decía, los había venido observando desde hacía un año. Las metrorragias por sí solas no tienen ningún valor absoluto y por eso, en el presente caso, nos vimos obligados á relacionar el síntoma con los demás elementos que se obtuvieran mediante la exploración directa. Abultamiento esferoidal del bajo vientre, que llegaba hasta el ombligo, sensación de tumor duro, redondeado y poco móvil y, por la palpación bimanual, una masa dura de consistencia leñosa en algunos de sus puntos, de poca movilidad, poco dolorosa y sin renitencia alguna; estos fueron los datos que suministró la exploración física, los cuales relacionamos con el conmemorativo referido. Todo lo cual quiere decir que el diagnóstico de la naturaleza del padecimiento ginecológico, es muchas veces imposible y no por la falta de aplicación de los otros recursos usuales como complementarios y que se juzgan indispensables, á ocasiones, para rectificar ó ratificar el juicio; porque el

empleo de tales medios ha dado resultados contrarios algunas veces, como ya ha sucedido con los que suministra el análisis de la sangre, que absolutamente se relacionan con los que se han obtenido por el estudio directo del caso clínico. Por esta razón, no siempre ocurrimos á este medio de diagnóstico tan usado en nuestros días. Así, pues, en la enferma R. S., que falleció cinco días después de la operación, en contra de nuestros mejores deseos, actuaron varios elementos, á los cuales debe atribuirse el mal éxito. Uno de ellos fué la falsa apreciación diagnóstica, apreciación errónea, inevitable, dados los síntomas que necesariamente entraron en juego para llegar á una conclusión legítima. Por otra parte, el acto operatorio en sí mismo revistió grandes dificultades, por haberse encontrado adherencias múltiples entre los órganos genitales internos, la masa de los intestinos y el epiplón; adherencias tan íntimas que verdaderamente determinaban una sínfisis entre todas las masas orgánicas, impidiendo de pronto verificar cualquier maniobra activa y eficaz, hasta que, al fin, nos fué dado encontrar un camino fácil, para hacer efectivo el despegamiento y destrucción de tales adherencias. Vencidas estas dificultades, conseguimos aislar las bolsas purulentas, cuya punción se hizo, y no obstante los cuidados y miramientos puestos en la ejecución de estas operaciones, al tratar de hacer bascular las trompas uterinas, vaciadas ya de su contenido, para traerlas fuera de la cavidad, se derramó, sin duda, alguna cantidad de pus y está fué probablemente la principal causa de la infección peritoneal, que determinó la muerte de la enferma.

Los otros dos casos de piosalpinx en los cuales el éxito no fué satisfactorio, no presentaron dificultad en cuanto al diagnóstico, que fué hecho previamente. La muerte se debió á una enterocolitis aguda, que agotó á las enfermas violentamente. En estas pacientes la supuración no estaba limitada á las trompas y ovarios; se extendía hasta el tejido celular intraligamentario y éste fué el escollo con que se tropezó desde luego; pues sucedió que al desprender los anexos, vacíos ya de su contenido purulento, quedaron abiertos los otros focos, que fueron así la fuente que inundó de pus la pequeña pelvis, y no obstante los minuciosos cuidados puestos en el aseo de la región y el establecimiento de una conveniente canalización vagino-abdominal,

después de hecha la pañhisterectomía, se malograron los resultados, por la infección debida á aquella causa.

Por tan funestos resultados operatorios, pensamos que debíamos cambiar de rumbo en lo sucesivo en cuanto al tratamiento quirúrgico de los piosalpinx. Desde entonces procuramos constantemente abrir las colecciones purulentas, por la vagina, y no tan sólo en los casos en que las bolsas quísticas se han podido apreciar fácilmente en el fondo de Douglass, sino aun en aquellos otros en que los anexos quísticos enfermos se encontraban lejos de los fondos vaginales. Los resultados de las operaciones practicadas por la vagina fueron felices, como lo demuestran los siete casos ya señalados; todos los cuales fueron tratados por la colpo-celiotomía posterior, abriendo los focos purulentos y canalizándolos convenientemente, hasta lograr el agotamiento completo del escurrimiento purulento. En otros casos se hizo la colpo-celiotomía anterior y la extirpación de uno ó de los dos anexos, obteniéndose también en todos ellos el éxito ambicionado: salvar la vida y recuperar la salud de las enfermas.

Como al redactar este trabajo, nos formamos el propósito de aprovechar la oportunidad de la relación de nuestras operaciones ginecológicas practicadas en el Hospital General, para entrar en consideraciones relativas al punto de averiguar la causa de nuestros errores, con el fin de utilizar las lecciones de la experiencia para subsanarlos en lo de adelante, vamos á permitirnos relatar un caso más, que, sin duda, por los accidentes en que abunda, se le puede reputar bastante interesante.

La enferma X. X. entró al Hospital General, al Pabellón de nuestro servicio, para ser tratada por las abundantes pérdidas sanguíneas que venía padeciendo desde diez años atrás. Esta paciente, casada, nulípara, no tenía más molestias que las consiguientes á sus metrorragias repetidas, que son consecutivas á la anemia avanzada determinada por aquellas pérdidas. La exploración que se le hizo, indicó que había una fibromioma uterino subperitoneal de regulares dimensiones, así como otros varios núcleos intersticiales muy apreciables. Como la enferma estaba bastante debilitada en esos días, fué necesario preocuparse, primeramente, de restaurar su estado general abatido, antes de decidirse á intervenir quirúrgicamente. Conseguido ésto se le practicó una colpo-celiotomía anterior, con el

objeto de aprovechar la vía, para hacerle una operación conservadora: la miomectomía; mas hubo que desistir de tal intento al encontrar la matriz con pequeños fibromiomas intersticiales, múltiples. Por eso se pensó terminar la operación por la histerectomía, que fué practicada, haciendo la ligadura de las uterinas con cátgut y dejando en el ligamento infundíbulo-pélvico derecho unas pinzas de forcipresura, á causa de ciertas dificultades para la ligadura de la útero-ovárica correspondiente. La operación de esta enferma comenzó á las 10.30 de la mañana y terminó á las 12. Después de haber comprobado que la curación estaba bien hecha, nos retiramos, recomendando antes á la enfermera que estuviera al cuidado de la operada, observando con especial atención si sobrevenía acaso algún escurrimiento sanguíneo por la vagina. A la 1 p. m., esto es, transcurrida apenas una hora de la operación y habiendo dejado á la operada en buen estado, recibimos recado urgente, manifestando que la enferma se había puesto grave, que había escurrimiento sanguíneo por la vagina, el pulso era frecuente y pequeño y la enferma se sentía desvanecida. Sin pérdida de tiempo, nos trasladamos al Hospital, llevando los instrumentos indispensables para lo que fuera necesario hacer. La paciente tenía el facies peculiar á las anemias agudas: extremada palidez, mirada vaga, sudor copioso, pulso frecuente y deprimido; había escurrimiento sanguíneo vaginal, pero no abundante. Inmediatamente procedimos á abrir el vientre, ayudándonos en esta tarea el médico y el practicante de guardia, los Sres. Doctor don Francisco Reyes y don Manuel Castillejos.

Rápidamente se hizo la laparotomía y, abierto el vientre, se pudo ver que las ramas de las pinzas puestas en el ligamento infundíbulo-pélvico derecho, para comprimir la arteria útero-ovárica, estaban mordiendo únicamente los bordes peritoneales del ligamento mencionado; el pedículo vascular se había retraído, dando sangre en poca cantidad, por haberse formado un hematoma intra-ligamentario, que bien pudiera ser denominado hematoma de defensa, porque debido á él pudo resistir la enferma el escurrimiento sanguíneo durante hora y media sin haber perecido. Se hizo la ligadura del vaso, se aseó el fondo pélvico y se terminó la operación, dejando canalizada esta cavi-

dad, por la vagina, con gasa iodoformada. La enferma curó sin accidente alguno.

La enseñanza que proporciona el caso, pudiera, á nuestro juicio, compendiarse así: en casos semejantes, es decir, cuando haya necesidad de dejar permanentemente pinzas de forcipresura, para asegurar la hemostasis, se deberá vigilar muy de cerca á la enferma para evitarle una muerte segura, si por acaso llegaren á desprenderse las pinzas.

No sabemos hasta qué punto pudiéramos considerarnos autorizados á deducir de las apreciaciones hechas sobre los casos de mortalidad que arroja mi estadística personal, tocante á las intervenciones intraperitoneales que llevo ejecutadas en mi práctica hospitalaria; no sabemos hasta qué punto pudiéramos estar autorizados para asentar sobre premisas semejantes algunas conclusiones provechosas. Mas creemos que si alguna consecuencia de verdadera utilidad práctica y notoriamente trascendental puede obtenerse de todo lo que llevamos expuesto con entera sinceridad científica y al amparo de la mejor buena fe, es la siguiente: el canal vaginal debe de ser considerado como la vía de elección para practicar el mayor número de operaciones ginecológicas, excepción hecha de los casos en que por la altura del padecimiento ó las dimensiones del tumor por operar, no se considere accesible dicha vía.

Esta proposición afirmativa nos parece desprenderse natural y fácilmente del paralelo que se haga con respecto á la mortalidad habida en los dos grupos de operadas que contribuyen á formar el total de mis intervenciones ginecológicas intraperitoneales en el Hospital General. En efecto, en la cifra de 76 operaciones ejecutadas, figuran, por una parte, 20 que se hicieron por la vía abdominal, entre las cuales hubo 4 defunciones y, por la otra, se advierten 56, efectuadas por la vía vaginal, sin una sola defunción.

Estos resultados nos conducen á considerar el canal vaginal como la vía de predilección en la cirugía ginecológica. Es efectivamente este canal el que la naturaleza designó para la verificación del parto y únicamente en casos excepcionales, cuando por cualquier causa haya perdido ó no tenga las condiciones fisiológicas indispensables para dar paso al producto de la concepción, llegado al término natural de su desarrollo, es cuando

se recurre á practicarle artificialmente otro paso por la vía abdominal.

¿Por qué, pues, si la misma naturaleza destinó esta vía para que por ella se verifique el parto, que no por ser una función tan elevada, puesto que de ella depende el éxito de la procreación, deja de ser eminentemente traumática; por qué, decimos, no imitarla y para esto procurarnos todos los medios educativos con el fin de llegar á realizar así la verdadera cirugía ginecológica?

Es de notar que por esta vía se practica la operación de la colpo-celiotomía anterior, que, sin temor de exagerar, puede ser considerada como el acto quirúrgico más apropiado y benigno entre todos los que forman la mayor parte de los que constituyen la cirugía ginecológica intraperitoneal.

Es, en efecto, el más apropiado, supuesto que por su intermedio se llega á la zona genital únicamente, sin verse en el duro trance de tener que tocar más peritoneo que el que está en inmediata relación de contigüidad con estos órganos y que, sin duda, está destinado á soportar mejor que el peritoneo lejano y con menores peligros de consecuencias funestas, cualquier accidente pernicioso. Constituye, por otra parte, el acto quirúrgico que por su benignidad puede atraer á todos los que á esta rama del arte de curar se dediquen; pues, según lo creemos, esta operación puede ser considerada, desde el punto de vista de la especialidad, como semejante á la de la catarata en oftalmología, ó á la prostatectomía entre las intervenciones que se ejecutan en las vías urinarias. Y así como estas operaciones caracterizan á las especialidades citadas, cabe decir, tocante á la colpo-celiotomía anterior, que reviste el mismo carácter en la especialidad á que corresponde. Por ende, todos los que cultivamos la ginecología, debemos hacer cuanto esté de nuestra parte para llegar á dominar esa operación, á familiarizarnos con ella, para poderla practicar decididamente siempre que hubiere lugar á hacerla. Aprendizaje tanto más importante de obtener, cuanto que en la práctica diaria á menudo tropieza el ginecólogo con un sin número de padecimientos de los órganos genitales internos, que es conveniente tratar por la vía vaginal y no por el vientre, como lo aconsejan todavía algunos autores. Es más frecuente, sin duda, encontrar pacientes afectadas de

anexitis en todos sus formas, de retroversiones y supuraciones pelvi-peritoneales, que no enfermas portadoras de tumores genitales voluminosos, de tipo claramente abdominal en su evolución y que, por este solo motivo, se hace indispensable tratarlas por el vientre. Son más frecuentes los padecimientos genitales flegmáticos que conviene tratar por la vía vaginal y consideramos pertinente á este objeto el manifestar que, algunas veces, hemos podido enuclear fibromiomas y quistes para-ováricos, de regular volumen, por dicha vía tantas veces repetida, con el éxito más completo.

Así, pues, sin ser exclusivistas, pensamos que son de preferirse todas las dificultades técnicas inherentes á la práctica de la colpo-celiotomía anterior, que no la decantada facilidad en la realización de la laparotomía supra-púbica, en los casos á que hemos venido refiriéndonos; pues esta última operación, no obstante los actuales perfeccionamientos quirúrgicos, en nuestro sentir es y seguirá siendo una intervención más seria y peligrosa para las enfermas que la colpo-celiotomía anterior.

México, Julio de 1908.

J. VELÁZQUEZ URIARTE