

tenido una explicación más plausible si por el examen de la sangre hubiéramos podido esclarecer que la neuralgia obedecía al paludismo.

Sin embargo, un moderno hematólogo entiende que el pigmento no se encuentra en la sangre de los palúdicos sino en los casos de paludismo crónico, por la rotura de gran cantidad de glóbulos, de modo que, el examen de la sangre en el caso que nos ocupa, no nos hubiera sacado de dudas tampoco, aun cuando hubiera sido portador de los gérmenes maláricos el enfermo.

---

## GINECOLOGÍA.

---

**De la colpotomía posterior, practicada como vía para operar sobre la matriz y sus anexos y para la extirpación de ciertos tumores.**

Entre las diversas operaciones que pueden practicarse en los órganos genitales de la mujer, con el objeto de curar algunos padecimientos de éstos, debe mencionarse la *Colpotomía Posterior*, que, á su simplicidad técnica, reúne alta importancia quirúrgica, ya que por esta vía son accesibles, sin grandes dificultades, matriz y anexos. Algunos autores—entre ellos Pozzi, Richelau, Barozzi—la recomiendan como únicamente apropiada para evacuar colecciones purulentas del fondo de Douglass, se trate del absceso clásico, del flemón del ligamento ancho ó de la vaina hipogástrica, ó de voluminosos piosalpinx francamente retrouterinos.

Esta operación fué descrita por Atlee desde 1857; en 1870 fué practicada y más desarrollada por Gaillard Thomas; de 1878 á 1880 fué ejecutada al mismo tiempo por August Martin, por Pean y Byford, y desde 1894 á la fecha ha sido empleada con mayor extensión en diversas intervenciones y con diferentes miras por Duhrsen, Schauta, Zweifel, Bumm, Fritsch Werthein.

En 1899, cuando tuve el honor de ser el ayudante directo del Sr. Dr. Julián Villareal, ya este notable ginecólogo la utilizaba, no solamente para evacuar colecciones purulentas del fondo de

Douglass, sino también para extirpar ciertos tumores de los anexos y, en ocasiones, algunos de la matriz.

En mis prácticas hospitalaria y particular he tenido ocasiones de practicar esta operación, que en conjunto suman treinta y cuatro y se clasifican en el cuadro siguiente:

- 3 Miomectomías; (Fibromiomas de la cara posterior de la matriz.)
- 5 Quistes uniloculares del ovario;
- 1 Quiste dermoide;
- 7 Hematomas retrouterinos; (de éstos, 3 embarazos extrauterinos bien comprobados.)
- 18 Colecciones purulentas; (flemón del ligamento ancho, piosalpinx voluminosos, salpingitis purulentas de pequeñas dimensiones y que á veces permitieron extirpar el anexo supurado.)

De estas treinta y cuatro operadas, murió una doce horas después de la intervención. La operación se practicó en circunstancias apremiantes. Tres días antes fui consultado sobre lo que debería hacerse á una señora de 44 años, casada, múltipara, que había tenido dos abortos anteriores y que desde largo tiempo sufría dolor provocado y espontáneo al nivel del hipogastrio y en la región sacra; leucorrea, las más veces abundante; períodos mensuales dimenorreicos y á veces menorrágicos. Además de estos síntomas directos, existieron distintas perturbaciones reflejas: dispepsia uterina verdaderamente tal, constipación, perturbaciones vesicales variadas, etc., que constituían en ella el síndrome uterino de Pozzi con bastante exactitud.

La exploración puso de manifiesto un tumor voluminoso y fluctuante que hacía eminencia en el fondo de Douglass; y como la enferma había tenido altas temperaturas desde hacía ocho días, y en el momento mismo en que yo la examinaba el termómetro marcaba 39°, propuse la intervención inmediata con la esperanza de evitar la muerte por extensión de la peritonitis que en aquel momento parecía estar localizada. Cuando tres días después se aceptó mi indicación, el cuadro se había agrava-

do considerablemente: la temperatura había descendido casi á la normal, el pulso era frecuente y blando, lengua seca, facies hipocrática y—cosa muy significativa—no se quejaba ya del dolor agudo que antes había acusado en el hipogastrio; tenía vientre dilatado y la percusión acusaba un peritonismo indudable.

Como se vé, el cuadro era funesto y tal vez habría detenido á algún otro cirujano la suya gravedad de la enferma, pero la operación en sí, siendo de una técnica tan sencilla y de rápida ejecución, y, por consiguiente, no necesitándose larga aplicación de anestésico, era de resolverse á intentarla como el último recurso que quedaba á la paciente en su débil esperanza de ser salvada. Por desgracia todo fué inútil, y la peritonitis, que siguió su marcha progresiva, acabó con la vida de la enferma en el término mencionado de doce horas.

Relataré á grandes rasgos algunas de las historias de las pacientes que me dat material para el presente estudio, con la intención de patentizar las ventajas de la Colpoeceliotomía posterior.

*La señora M. R.*, de 30 años, unípara, de México, acudió á mi consulta refiriendo como sigue su historia clínica: hace cinco años tuvo su único parto á término y sin incidente alguno; diez meses después, cuando apareció de nuevo la función catamenial, notó que el flujo sanguíneo había sido más abundante que antes; desde entonces el escurrimiento perdió su tipo regular y aparecía cada 15 ó veinte días, sin obedecer á la época cronológica normal, durando cada vez entre ocho y diez días.

Así duró algún tiempo sin tener otra perturbación, hasta que la persistencia de este desarreglo la obligó á consultar con un facultativo, quien la trató por espacio de algunos meses sin lograr mejoría. Pasado algún tiempo sobrevinieron algunas ligeras molestias pélvicas, consistentes en pesadez en el vientre bajo y región sacra. Estas molestias se transformaron bien pronto en dolores agudos, mucho más intensos en el lado derecho de la región hipogástrica, extendiéndose hasta el miembro inferior del mismo lado.

Tal era su situación al llegar á mi consultorio, y explorándola pude comprobar la existencia de un tumor pélvico alojado detrás de la matriz y estrechamente adherido á este órgano, causando amplia dilatación del fondo de Douglass, hacía punto

menos que inútiles mis esfuerzos metódicos para tratar de moverlo aisladamente de la matriz. Su volumen era aproximadamente el de una cabeza de feto á término, y estaba colocado de tal suerte, que al hacer la palpación bimanual se sentía el cuerpo de la matriz detrás del pubis, lateralizada á la izquierda, de consistencia más dura que la del tumor y de dimensiones mucho más pequeñas que las de toda la masa formada por la neoplasia. La diferente consistencia de la matriz y del tumor que reveló esta exploración, me hizo pensar que se trataba de un tumor quístico cuya naturaleza no pude más que conjeturar, pero fundándome en la ausencia de fenómenos febriles y de los síntomas provocados por las peritonitis circunscritas ó las anexitis supuradas, deseché desde luego la idea de que se tratara de alguna de esas colecciones purulentas que suelen alojarse en el fondo de Douglass, y me afirmé en mi primera impresión de que el padecimiento estaba causado por un tumor quístico de origen anexial, multi ó unilocular, y que podría ser operado por la vía vaginal posterior. Algunos días después de haberse aceptado mis indicaciones, se realizó la operación por la vía proyectada, haciéndose un corte en cruz en el fondo vaginal posterior, en la inserción de la vagina con el cervix. Este corte crucial suministró amplitud suficiente para verificar, primero, la desocupación del tumor, cosa que se realizó lentamente, puesto que se trataba de un quiste dermoide de paredes gruesas, de abundante contenido sebaceo, mezclado de pelotones de cabellos aglutinados y acompañados de una masa dura, huesosa, que llevaba en sí algunos dientes implantados, semejando groseramente la forma de un maxilar superior. Terminada esta faena, pude extirpar la bolsa destruyendo las adherencias que había contraído con el peritoneo pélvico, y principalmente con la cara posterior de la matriz. Esto, por consiguiente, nos despejó completamente el campo operatorio, y me facilitó la ligadura en dos porciones del pedículo de este tumor y su extirpación definitiva.

Esta enferma duró canalizada cuatro días y al décimo de la intervención estuvo curada.

*La señora M. G. G.*—32 años, múltipara, originaria de Puebla, me consultó en Octubre de 1903. Refiere no haber sufrido jamás trastornos catameniales; sus cuatro partos fueron enteramente felices. En el mes de Agosto del mismo año (1903), le

faltó su período mensual, á la vez que comenzó á sentir náuseas, inapetencia y sensaciones particulares que la hicieron suponer que estaría embarazada. Tres meses después, en Noviembre, aparecieron dolores vagos en toda la región del hipogastrio, los que fueron aumentando hasta el punto de obligarla á guardar reposo absoluto en su lecho, y que se acompañaron de pérdidas sanguíneas que hicieron creer á su partera, la Srita. Dolores García, que se trataba de un aborto, y como persistieran las pérdidas sanguíneas, fuí consultado. Por el interrogatorio hecho, así como por la inspección de su vientre y senos, abrigué la idea de que fuera un embarazo fisiológico; pero al practicar el tacto bimanual, rectifiqué, pues el cuello uterino no estaba reblandecido y la matriz tenía su tamaño y consistencia normales, aunque estaba reclinada hacia el lado izquierdo; el anexo derecho estaba tumefacto, doloroso y lejanamente renitente; se alojaba en el fondo lateral de la vagina, el cual se sentía abovedado. Estos síntomas objetivos, unidos á los datos ministrados por un interrogatorio minucioso, me autorizaron á creer que se trataba de un embarazo extra-uterino, colocado probablemente en la trompa derecha. Esta enferma fué operada el día 4 del mismo mes de Noviembre, por la vía vaginal, habiéndole sido practicada una colpotomía póstero-lateral, que condujo á una bolsa quística llena de coágulos sanguíneos. Después de que logré vaciarla de su contenido con la debida precaución, es decir, sin frotar las superficies cruentas del quiste que sangraba muy fácilmente, fué hecho el taponamiento con gasa iodoformada, que se retiró hasta los seis días.

Tuve el gusto de que el Sr. Dr. Villarreal hubiera visitado á esta paciente el quinto día de su operación.

Dejó el lecho á los veinte días, sin haber tenido el más mínimo contratiempo.

*Señora N. N.*—Me fué recomendada por el Sr. Dr. José I. Saloma. Edad 40 años; múltipara. El último de sus cuatro partos lo tuvo hacía 8 años, y se complicó de hemorragia y fiebre que duró dos días. Posteriormente tuvo un aborto de seis meses, con fiebre que duró ocho días y que fué debida á retención de la placenta; otro aborto posterior á los cuarenta días de la gestación, no provocó accidente secundario. La función catamenial ha sido normal desde su aparición á los doce años de

edad, habiendo tenido siempre una duración media de 5 á 6 días.

Desde hacía como año y medio comenzó á observar menorragias tan constantes, que la hicieron no poder asegurar cuando terminaba una y cuando comenzaba la otra. El flujo es á veces francamente sanguineo y otras sero-sanguíneo, sin mal olor y sin perturbaciones concomitantes aparentes. El 22 de Enero de 1910, después de varios días de un violento ejercicio á que no estaba acostumbrada, sintió dolor moderado en todo el vientre y fiebre moderada de 38°; más tarde, el dolor alcanzó extraordinaria intensidad, subió la fiebre y aparecieron vómitos biliosos repetidos; el vientre se meteorizó notablemente, observándose una obscuridad manifiesta hacia la fosa iliaca izquierda. Completaba el cuadro una diarrea de evacuaciones verdes y amarillas, en número y cantidad variables.

La marcha evolutiva de la enfermedad, tal como la describe el Sr. Dr. Saloma, fué la siguiente:—La fiebre se moderó, con excepción de ciertos días en que, después de un calosfrío intenso, alcanzaba hasta 40°; los vómitos y el dolor disminuyeron gracias á la aplicación constante de hielo; la diarrea continuó sin modificación, y la obscuridad se trasformó en empastamiento de figura hemisférica, muy doloroso sin cambiar de sitio. El tacto indicaba que este empastamiento era dependiente de la matriz, cuyo cuello, así como los fondos de saco, se encontraban perdidos, ó mejor dicho, englobados dentro del mismo.

La intervención operatoria se redujo á una incisión transversal del fondo vaginal posterior, la cual dió salida á gran cantidad de pus fétido, de olor fecal, y produjo el alivio inmediato de todos los síntomas. La cicatrización se produjo en 25 días.

En esta señora existe todavía una salpingo-*oforitis* izquierda, que muy probablemente fué la causa primordial del flemón del ligamento ancho operado.

Sucede á veces en las supuraciones anexiales que, aunque hayan sido bien canalizadas, dejan perturbaciones dolorosas en la pelvis y que seguramente se deben á alguna de las siguientes lesiones. En un grupo de supuraciones pélvicas, sucede que el pus se ha formado por fusión del tejido celular intra-ligamentoso, que se infecta debido á su contigüidad con los anexos

infectados, en cuyo caso las pacientes curan de su flemón, pero no de la anexitis.

En otros casos, el pus contenido en las trompas bajo la forma de salpingitis supuradas, ó de verdaderos piosalpinx, alojados en el fondo de Douglass, es de fácil acceso; pero á la postre, cuando los fenómenos agudos se calmaron y la enferma cree dejar el lecho para entrar en plena convalescencia, aparecen dolores pélvicos que obedecen á las anexitis esclerosas y adherentes y aun á neuritis ascendentes.

Tal parece que, en vista de estos fenómenos subsecuentes á las intervenciones por el fondo vaginal—posterior, en los casos supurados, deberían tratarse radicalmente estos padecimientos. No lo creo del todo prudente, como tampoco creo sistemáticamente que todas las anexitis supuradas deban tratarse por esta vía. En múltiples casos he tenido oportunidad de practicar la histerectomía abdominal ó vaginal, en casos de supuración anexial, con éxito vario y, por lo mismo, parece más conveniente vaciar los quistes purulentos por la vagina cuando los tumores se sitúan en la región del fondo de Douglass, porque en estos casos será seguro el éxito y es preferible, á no dudar, tener que reoperar á esta clase de enfermas, cuando así convenga, que hacer peligrar su vida resolviéndose inmediatamente por la práctica de una operación radical, cuando generalmente tropieza el cirujano con padecimientos anexiales que han formado fuertes adherencias con los órganos vecinos, epiplón, intestinos y peritoneo pélvico, y, por tanto, difícilmente se pondrá á salvo de una infección generalizada del peritoneo.

*Señora X.*—Casada, 28 años, originaria de esta Capital, relata su historia de la manera siguiente: Se casó en 1903; en 1904 tuvo un parto gemelar prematuro ( $7\frac{1}{2}$  meses de gestación), y cuarenta días después de este parto, se presentó nuevamente la función catamenial con un flujo sanguíneo abundante. Los períodos consecutivos se desarreglaron, pues notó que se presentaban cada quince ó veinte días, durando siempre más de cinco, y en los días intermenstruales sufría de dolores vagos en la cadera y abundante leucorrea. Esta relación la hacía la enferma en el mes de Noviembre de 1906.

En el conmemorativo que recogí, no encontré algo digno de mencionarse respecto al trastorno de otros órganos.

Unicamente es de notarse que antes de su matrimonio, sufría la paciente de menorragias ligeras á que no dió entonces importancia alguna.

La exploración vagino-abdominal practicada en la posición de Trendelenburg, me puso en conocimiento de que se trataba de pequeños tumores uterinos incluídos en la pared del órgano, que estaba en retroversión, lo que ocasionó que las pequeñas neoplasias se hallaran en contacto íntimo con el fondo de Douglas. Por lo demás, la matriz no estaba móvil, ni sus anexos se sentían abultados ó dolorosos.

La apreciación diagnóstica y terapéutica fué: fibro-miomas uterinos murales, que requerían su extirpación ya por medio de la sola miomectomía, ó bien, practicando una histerectomía vaginal, según se encontrara la matriz en el momento de verla y tocarla directamente.

Para llevar á cabo esta determinación, propuse á la enferma una operación vaginal que, aceptada, se realizó haciendo una incisión crucial en el fondo vaginal posterior, que dió amplio campo para bascular el cuerpo uterino con sus tres fibromas fuera de la abertura vaginal. Se hizo la miomectomía de los tres tumores, y esto sirvió desde luego para reducir las dimensiones de la matriz á la mitad de lo que había sido por el desarrollo de los fibromas. Se suturaron las heridas de la matriz con catgut, lo mismo que la incisión vaginal, á excepción de su parte media, que sirvió para dejar una canalización con gasa yodoformada. Esta enferma está en la actualidad curada de sus trastornos menstruales y solamente su matriz está en retroposición,

La estática fisiológica del útero reclama, quizá, en su favor la predilección de la colpo-celiotomía anterior, fundándose en que por este camino será fácil, al terminar la labor quirúrgica dentro del vientre, colocar á este órgano en el lugar que la naturaleza le ha asignado fisiológicamente, es decir, dejarlo en anteversión ligera mediante la véstico ó vagino-fijación. Pero es de advertir que los padecimientos anexiales situados en el fondo posterior, requieren el tratamiento más directo y aun más simple, y si es necesario no habrá inconveniente alguno en completar esta intervención, practicando en la misma sesión la anterior, con objeto de fijar el órgano en el lugar debido.

Esta práctica la he seguido algunas veces y siempre ha llenado su objeto.

\* \* \*

En las operaciones que forman la base de este estudio he tenido eficaz ayuda de los Sres. Doctores D. Carlos Zavala, D. Juan C. Sánchez y D. J. Medina.

\* \* \*

Además del grupo 6, mejor dicho, grupos caracterizados como tipos por cada uno de los casos descritos, he obtenido resultados satisfactorios practicando esta misma operación en casos en que las pacientes habían sido sometidas previamente á otra intervención vaginal, y á este respecto, no puedo dejar de mencionar á una paciente que había sido operada por uno de los cirujanos de esta ciudad. Según datos recogidos del mismo operador, se había intervenido en ella con el objeto de corregir una retroversión adherente, acompañada de anexitis adherente también.

Le fué hecha la celiotomía vaginal anterior; se destruyeron las adherencias, y se le practicó la vésico-fijación. Estuvo bien los tres primeros días de la intervención, pero el cuarto ascendió la temperatura, y desde este momento aparecieron calosfríos, sudores y elevaciones intermitentes de temperatura, al mismo tiempo que le sobrevino dolor agudo en la región hipogástrica.

Fué solicitado para ver á esta enferma en colaboración con el señor Dr. Troconis Alcalá, y, explorada que fué la enferma, encontramos, al tacto vaginal, un tumor ampliamente desarrollado en el fondo de Douglas, fluctuante, doloroso y que se extendía hasta cerca del ombligo. Se convino en que el mejor tratamiento era practicar la colpotomía posterior de urgencia, y fué practicada pocas horas después de haberse determinado su conveniencia. La enferma curó fácilmente, sin haber hecho más que la incisión del fondo y la canalización con tubos.

En otra ocasión fué solicitado por el Sr. Dr. D. Francisco Hurtado para ver á una señora, á quien tenía desde dos meses en cama á consecuencia de perturbaciones genitales, entre las que eran más manifiestas: dolor agudo en el hipogastrio y en la región

sacra, ligero meteorismo, metrorragias poco profusas y elevaciones no muy altas de la temperatura ( $37^{\circ}5$ ). La exploración vaginal directa nos mostró la matriz grande, dolorosa; el fondo de Douglass algo empastado, y el anexo izquierdo grande, doloroso y ligeramente renitente. Mi impresión fué que se trataba de una anexitis izquierda, quizá quística, y que, en vista del tiempo que tenía la paciente de sufrir y en consideración á que el anexo izquierdo, grande y doloroso, se encontraba luxado, es decir, en más inmediata relación con el fondo posterior que con el anterior, debía practicarse la colpotomía posterior de preferencia á la anterior, lo que fué aceptado por el Sr. Dr. Hurtado, á quien tuve el gusto de acompañar en este acto operatorio, que produjo el éxito más completo. Es de advertir que en este caso no se encontró pus, sino que fué extraído un líquido seroso y pequeña cantidad de sangre negra, añeja, contenida en un pequeño quiste hemático del ovario izquierdo.

\*  
\* \*

Las suscintas historias que acabo de relatar, representan cada una un grupo de casos diferentes, cuyas historias sería innecesario describir, por lo semejantes á sus casos-tipos y para no cansar la benévola atención de ustedes.

Con lo dicho, pues, creo poder llegar á hacer las conclusiones siguientes:

*Primera.*—La Colpotomía posterior es de una técnica más simple, y por consiguiente, más bajo el dominio del Cirujano, que la colpoceliotomía anterior. En efecto, bastará colocar una valva vaginal en la pared posterior de la vagina, abatiendo fuertemente al perineo, para poder pinchar el labio posterior del cervix con pinzas de Musseux y estirarlo hacia afuera y hacia el pubis. Se presentará ampliamente el fondo vaginal posterior y, por consiguiente, se facilitará practicar la incisión que se crea más conveniente, es decir, en el sentido longitudinal, transversal ó en cruz, según el caso lo requiera.

*Segunda.*—Que esta operación tiene múltiples indicaciones que satisfacer, puesto que, al practicarla, nos pone en relación con el fondo de Douglass, región que, como bien se sabe, es el asiento en que se alojan muchas veces los órganos genitales in-

ternos y, más aún, el lugar donde se desarrollan no pocas veces distintas neoplasias de estos órganos, y donde, por último, se acumulan los líquidos del organismo, las más veces, sean infecciosos como el pus, ó asépticos como muchos hematomas. Quiere decir, pues, que si encontramos en esta región directa y claramente, y no con poca frecuencia, la matriz y sus anexos ó sus neoplasias, debemos atacar quirúrgicamente estos padecimientos por el camino más simple, más corto y menos peligroso para las pacientes.

Es de advertir que desde 1900, época en que apareció la modificación en la laparotomía supra-púbica por Pfannenstiel y Küstner, modificación que por su novedosa manera de incidir la pared abdominal en el sentido trasverso, etc., atrajo á algunos cirujanos antes adictos y bien persuadidos de la simplicidad y de la poca gravedad para las pacientes de la colpotomía posterior, quizás seducidos por la superioridad que, según los autores citados, tiene aquella intervención, cambiaron de criterio y dieron en practicar con mucha frecuencia la incisión transversal del vientre en la creencia de que, obrando de este modo, se evitan las hernias ventrales post-operatorias; se abren amplio campo para llegar á la pequeña pelvis, y que esta operación expone mucho menos á las pacientes á las infecciones peritoneales.

De todas estas ideas no queda de cierto más que el hecho de que, incindiendo el vientre transversalmente, cerca del pubis, se cae directa y claramente sobre la pequeña pelvis. Pero respecto á que esta misma intervención ponga á las pacientes á salvo de las hernias post-operatorias y que las aleje del peligro de infección peritoneal, no hay nada de exacto, y bastará, para probar este aserto, referirme á la Clínica Ginecológica del Profesor Sellheim, de Bon, en donde cuidadosamente se han recogido estadísticas de los resultados post-operatorios con la incisión longitudinal, comparadas con los de la incisión transversal del vientre, y en que se nota que, por lo menos, son de idénticos resultados, pues una y otra exponen en algunos casos por igual, tanto á la infección peritoneal como á la relajación parietal del vientre.