

GINECOLOGIA.

Algunos conceptos sobre la laparotomía abdominal.

La terapéutica quirúrgica, abdominal, con los progresos que ha alcanzado, nos proporciona elementos de diagnóstico y de técnica de alto valor que, bien empleados, garantizan el buen éxito en nuestras intervenciones. Aunque la cirugía abdominal tiene, naturalmente, indicaciones precisas que satisfacer en relación con las varias afecciones que se presentan en la práctica diaria, sucede que entre los numerosos procedimientos que se describen para llevar a cabo estas operaciones y, principalmente, para las histerectomías por la vía abdominal, hay algunos que merecen la preferencia.

Es muy cierto que la laparotomía abdominal, tan rara en otros tiempos y de resultados tan poco halagadores, ha cambiado totalmente de faz, transformando los fracasos en éxitos y permitiendo, al mismo tiempo, precisar sus indicaciones. Todo está ahora en satisfactorio contraste con épocas no muy remotas. Antes se temía mucho, se discutía ampliamente, siempre que se presentaba la indicación de abrir el vientre, puesto que el peligro de muerte, por el solo hecho de la abertura del peritoneo, era evidente: la mortalidad era tan alta, que se pensaba muchísimo antes de decidirse sobre las dudosas probabilidades de salvación para el paciente; y para llegar a una conclusión aceptable, se comparaban los riesgos y peligros de la laparotomía con los que la enfermedad misma hiciera correr al paciente. También sucedía (en nuestro medio al menos), que la abertura del vientre tenía como principales indicaciones los casos en que la vida estaba directamente amenazada por el padecimiento mismo, como en las hernias extranguladas, las oclusiones intestinales, etc., y en los pocos casos registrados en los documentos hospitalarios, queda mucho que desear á la ambición natural del médico y a las legítimas esperanzas de los pacientes.

Con el favorable cambio que he apuntado más arriba, tales temores han desaparecido, y la apreciación es muy diferente: ahora se discute más el método o procedimiento que deberá emplearse, que la misma indicación operatoria.

Tomaré como ejemplo una retroversión uterina que produzca perturbaciones serias a la paciente: este caso se resuelve fácilmente reconociendo la necesidad de la intervención quirúrgica, pero no se resuelve "a priori" el procedimiento que hay que emplear, pues mientras unos dan la preferencia a la operación de Alexander, sencilla e inofensiva aun en otra época, otros abogan por la histeropexia abdominal, quedando para un tercer grupo satisfacer la indicación por la vagina. A pesar de este gran progreso que en nuestros días ha alcanzado la evolución quirúrgica, debemos fijar la atención sobre ciertos puntos que, a mi juicio, deben preocupar al cirujano que desea obtener los resultados más lisonjeros.

Tres son los puntos, como antes dije, que no deben perderse de vista: antisepsia del campo operatorio y de las manos del cirujano y ayudantes: el tratamiento, o sea la sutura de la pared del vientre y, por último, el tratamiento que deba emplearse para la reconstrucción del piso pélvico en los casos de histerectomía. Todos los cirujanos conocen perfectamente los grandes beneficios que se derivan del uso adecuado de la asepsia quirúrgica, y bastaría comparar las estadísticas operatorias de 10 a 15 años atrás con las presentes, para afirmar que el peligro de muerte para los pacientes es mínimo o casi nulo por el simple hecho de apegarse a una cuidadosa técnica antiséptica, siempre que ha de tocarse el peritoneo. Para llevarla a la práctica hay diferentes métodos, desde el de Doderlein en que se usa principalmente una mezcla de benzina y tintura de yodo y una solución de goma que el autor llama GAUDENIN, y con la que barniza la pared del vientre y aun las manos de los ayudantes, hasta el método más reciente de Schumberg que consiste esencialmente en sumergir las manos en alcohol puro durante algún tiempo y que, al decir de este autor, bastaría para tener la seguridad antiséptica de las manos. No entro en consideraciones ni detalles sobre las manipulaciones ya que, estando apuntados en los libros que a esto se refieren, son bien conocidos de todos los cirujanos; pero sí me permitiré insistir

una vez más sobre lo que atañe directamente a la conservación del estado de antisepsia de las manos y de la región operatoria, porque a pesar de estar recomendado por todos los ginecólogos operadores que los bordes de una herida abdominal sean bien protegidos con gasas estériles, y que sean bien separados por valvas automáticas *ad hoc*, es raro que se llenen estos requisitos tan indispensables para la conservación de la antisepsia de la región, resultando de esto que los tejidos cruentos son mal tratados por las manos de ayudantes especiales, y aun el mismo peritoneo queda expuesto a ser manoseado duramente, sin necesidad, puesto que empleando debidamente separadores y valvas automáticas, puede prescindirse de ayudantes activos que nunca podrán esterilizarse de igual manera que un instrumento, y que algunas veces entorpecen la rápida evolución de la faena operatoria, quedando, por consiguiente, al eliminar estos ayudantes inútiles, reducido su número a uno solo, quien, con alguna experiencia, bastará para llevar las intervenciones a feliz término.

El segundo punto que debe fijar nuestra atención en las operaciones suprapúbicas es el tratamiento o sea la sutura de la pared del vientre, a cuyo propósito me complazco en reconocer como el mejor medio el que emplea el Sr. Dr. D. Julián Villareal desde hace muchos años y que consiste en un surjete en masa, temporalmente perdido, que asegura todos los planos de la región, aun en el remoto caso de una supuración de la pared. No entro en detalles sobre esta manera de suturar, porque ya ha sido tratada por su ilustrado autor ante esta Academia y sólo indicaré que desde casi la misma época la he empleado obteniendo buenos éxitos, y la verdad es que en las enfermas operadas por mí y en quienes he empleado esta sutura, sólo he observado un caso de eventración. Algunas veces he empleado el método de Winter que consiste en asegurar cada plano con suturas entrecortadas de catgut crómico, y eso solamente cuando encuentro los músculos rectos muy atrofiados, en cuyo caso los planos aponeuróticos quedarían muy restirados si se empleara el primer procedimiento, impidiendo la perfecta unión de los bordes de la herida.

Como se ve, es muy esencial la elección del método de sutura, porque es muy mortificante tener que volver a intervenir.

en las pacientes eventradas o herniadas, después de una laparotomía: lo es más si por efecto de la ausencia de las funciones genitales estas pacientes se encuentran deprimidas y temerosas al caer en la misma invalidez, y más si a las enfermas operadas les ha quedado matriz y ovarios que hagan fácil la concepción, en cuyo caso quedarán expuestas a serios trastornos durante la gestación, por la falta de resistencia de las paredes del vientre.

El tercer punto a que me he referido y que no parece haberse vulgarizado tanto como debiera, se relaciona con la estática o resistencia del piso pélvico. No insistiré sobre tantos procedimientos de histerectomía como se han descrito, limitándome a afirmar que, con alguna práctica en asuntos quirúrgicos, cualquier procedimiento resulta fácil y brillante, al menos en las histerectomías típicas, por lo que limitaré mis observaciones a lo que se refiere a la reconstrucción del piso pélvico. Aunque las operaciones radicales o mutiladoras tienen sus indicaciones bien estudiadas y precisas, no cabe duda de que se presentan casos en que se dificulta decidir sobre el partido que conviene tomar; mas no siendo mi ánimo entrar en detalles minuciosos, circunscribiré mi exposición a considerar las ventajas de los procedimientos antiguos acerca del tratamiento del piso pélvico y lo que al presente pensamos del procedimiento que fué ideado por Dudley. La histerectomía abdominal puede ser total o subtotal, y las ventajas que proporciona la segunda se sintetizan en los puntos siguientes:

- I. Técnica operatoria más fácil;
- II. Mejor evolución post-operatoria;
- III. Mejor estática y resistencia del piso pélvico.

En efecto; la técnica de la histerectomía subtotal, cuando está claramente indicada, como en los casos de tumores fibromatosos del cuerpo de la matriz, sin adherencias, en que el cervix está exento de toda clase de neoplasias, sin huellas de cervicitis sospechosa, será fácil, elegante y rápida, y llenará todos los requisitos de la operación aséptica, pudiendo considerarse como la operación-tipo de su clase.

Es muy de sentirse que en nuestros centros quirúrgicos exis-

tan ciertas deficiencias, pues tratándose precisamente de elegir entre la histerectomía subtotal y la total, se presentan al espíritu dudas muy serias que es necesario resolver antes de tomar una determinación definitiva. Es que algunas enfermas operadas han tenido la desdicha, después de algdn tiempo de haber salido avantes de su histerectomía subtotal, que el cuello haya sido atacado de degeneración epiteliomatosa. Yo mismo he tenido ocasión últimamente de tratar a dos pacientes histerectomizadas desde hacía tres años, una por mí mismo y la segunda por otro cirujano de la Capital. Estos casos son perfectamente claros, pues ambos están acompañados de sus respectivos análisis microscópicos que comprobaron la naturaleza epiteliomatosa de la degeneración. En apariencia, el problema sería simplificado con decir: *Extirpese en todo caso el cervix practicando siempre la histerectomía total.* No es de aprobar esta conducta, pues existen varias razones para preferir la histerectomía subtotal, y la principal es la menor mortalidad que arroja en comparación con la total, máxime cuando ahora hay medios científicos que deberían emplearse invariablemente para decidir cuál es la operación que deba preferirse. No debe decidirse una operación sin tomar antes las precauciones siguientes:

I. Hágase examinar al microscopio, en casos sospechosos, fragmentos del cervix o del útero mismo, para tener un diagnóstico correcto.

II. En el caso de que el cervix presente los caracteres de la cervicitis crónica y que tenga rupturas sospechosas, será más conveniente practicar la histerectomía total.

III. Si ha habido alguna infección reciente o accidentes de pelvi-peritonitis, también será elegida la total.

IV. En los casos en que los tumores fibrosos estén situados en el cuello, habrá que sacrificar éste.

Durante la operación será conveniente tener un asistente experimentado que haga el estudio crítico y rápido del tumor, para proceder en consecuencia. Después de la operación queda el tiempo suficiente para el estudio concienzudo del tumor, y del resultado se sacarán conclusiones para la conducta que deba seguirse. Así, por ejemplo, si del análisis resultare la malignidad del tumor, quedará el recurso de la extirpación del cuello por la vía vaginal.

Sea cual fuere el procedimiento elegido, el punto esencial consiste en el tratamiento del piso pélvico que deberá ser, según mi preferencia personal, siguiendo los principios establecidos por Dudley. Este ginecólogo hace las observaciones siguientes: cuando se ha extirpado el tumor y el útero, dejando sólo la porción vaginal del cuello, se acostumbra cerrar este con uno o dos puntos con catgut para cubrir en seguida el muñón con los peritoneos anterior y posterior por medio de un surjete que correría del pedículo útero-ovárico de un lado al otro. Esta manera de proceder tiene el inconveniente de que el peritoneo suturado en esta forma quedará retraído hacia los lados de la pelvis quedando la vejiga y el recto sin soporte y en íntimo contacto entre sí, siendo de temer, por lo tanto, que el piso pélvico quede flojo y a la postre se produzca su descenso, anunciándose por rectocele y cistocele que no es raro ver en algunas enfermas después de esta operación. La relación íntima en que quedan la vejiga y el recto puede ser manantial de perturbaciones infecciosas y, por fin, la misma vejiga corre peligro de contraer adherencias con el muñón cervical, lo que expondría a la enferma a sufrir la irritación mecánica procedente de esta adherencia.

Por estos inconvenientes que se observan en algunas pacientes me parece oportuno hacer la indicación con el objeto de que se eviten, beneficiando así a las interesadas. Una vez ligadas las arterias de la región que son las uterinas, útero-ováricas, las del ligamento redondo y las pequeñas que sangran en el corte cervical, se suturará este, de adelante hacia atrás o viceversa, con uno o dos puntos de catgut. Los bordes peritoneales de los ligamentos anchos, de la vejiga y del fondo de Douglas deberán unirse con catgut, procurando aproximar los pedículos anexiales y del ligamento redondo al centro del corte cervical. Esto se conseguirá haciendo dos surjetes, uno anterior y otro posterior, corriendo cada uno de un pedículo al otro, sobre el borde peritoneal, tanto del ligamento ancho, vesical, como del fondo de Douglas; en seguida se anudan, uno a uno, los hilos, con lo que se consigue acercar los pedículos que quedarán en el centro del corte vaginal, donde contraerán adherencias. Para completar la aproximación peritoneal se puede, con otro surjete de

catgut, unir perfectamente los bordes peritoneales que pudieran haber quedado un poco separados.

Las ventajas de este procedimiento son las siguientes: los ligamentos anchos, en el sentido anatómico, toman el lugar del útero extirpado y forman una bolsa posterior semejando el fondo de Douglas y anteriormente una depresión que correspondería al fondo véscico-uterino. Segundo: Los pedículos suturados en esta forma sostendrán el recto, vejiga, vagina y las otras partes del piso pélvico, previniendo así el descenso de estos órganos. Tercero: Al ocupar estos pedículos el lugar del útero extirpado, previenen la unión íntima de la vejiga y el recto, unión que, por la delgada capa de tejidos que separa a estos órganos podría dar lugar a que se produjera una infección. Cuarto: La técnica operatoria se simplifica más con este que con el antiguo procedimiento que suturaba, borde a borde, los ligamentos anchos. Quinto: Por último, con este método de suturar los pedículos al centro del corte vaginal, habrá menos traumatismo intraperitoneal y por consiguiente, menos peligro de sepsis, adherencias y hemorragias secundarias.

Para llenar los requisitos de conservar los ovarios e impedir los efectos de una menopausa prematura, a que quedan expuestas las histerectomizadas, procuro, siempre que su estado lo permite, conservar uno o los dos anexos a fin de preservar el equilibrio funcional de esos órganos. Al efecto, y para que la ovulación se verifique normalmente, pongo el mayor cuidado en procurar la hemostasis directa de los seis pedículos arteriales, en lugar de ligar en masa, para que, al peritonizar, queden los pequeños pedículos bien cubiertos de peritoneo, sea fácil acercarlos al centro del corte vaginal y no se expongan a necrosis subsecuente.

Se ve, por las anteriores líneas, que la histerectomía vaginal es rápida, no ataca ni destruye los principales ligamentos, los útero-sacos, que constituyen una de las más fuertes resistencias del piso pélvico, dejando al diafragma inferior de la cavidad abdominal, tan sólido como es posible. Además, no se abre la cavidad vaginal, que si en el momento mismo de la operación puede estar aséptica, no es lo mismo en los días siguientes, puesto que se pone en relación con el exterior, con los peligros que esto determina.

En estos últimos meses, desde Noviembre próximo pasado, he tenido oportunidad de practicar en el Hospital General y en el Hospital Ginecológico "Luisa Martínez", treinta y dos histerectomías abdominales en las que he tenido solamente una defunción y en las que he empleado el tratamiento del piso pélvico que acabo de describir, no solamente en las histerectomías supra-vaginales, sino también en las totales, habiéndome empleado la canalización de la cavidad del vientre en dos únicos casos.

Termino este trabajo haciendo mención de que en todos estos casos he empleado la raquianestesia usando, NAVOCAÍNA a la dosis de 15 centigramos y la TROPOCAÍNA a la de 16 centigramos: he observado que con estos productos la anestesia es completa, las pacientes soportan su operación tranquilamente y muy rara vez se han producido los trastornos que ocasionan con más frecuencia el CLORURO DE COCAÍNA, es decir, vértigos, náuseas, sudores profusos, ansiedad, etc.

De lo expuesto, puede llegarse a las conclusiones siguientes:

PRIMERA. Prefiérase la histerectomía subtotal a la total, cuando no haya ninguna contraindicación.

SEGUNDA. Practíquese la total en todos los otros casos, es decir, cuando haya indicación precisa en favor de esta.

TERCERA. Trátase el piso pélvico según el procedimiento descrito por Dudley, por las razones expuestas.

CUARTA. Entre las sales cocaínicas que sirve para la raquianestesia, son de preferir la novocaína y la tropocaína por ser las menos tóxicas.

México, 15 de Mayo de 1912.

VELÁZQUEZ URIARTE.