

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

DEL ACTA NUM. 33.

Sesión del 24 de mayo de 1911.*Presidencia del Sr. Dr. Don Demetrio Mejía.*

Se concedió la palabra al Sr. Dr. Velázquez Uriarte para leer su memoria de turno que tituló: "La Canalización en Ginecología." Se clasificó y se puso a discusión. Nadie usó de la palabra.

El Sr. Dr. Hurtado dió primera lectura al dictamen de la comisión de neurología y psiquiatría, respecto a la memoria presentada a concurso por el Sr. Dr. Aragón.

ANTONIO A. LOAEZA.

Efectivamente, tal parece que avenar ó canalizar una herida sería lo más conveniente y mas sencillo después de una laparotomía alta o baja (supra-púbica ó vaginal); más la experiencia y observación de los diferentes casos tratados con la canalización ó sin ella y la comparación cuidadosa de los resultados obtenidos han cambiado su significación y, á mi modo de ver, es este asunto tiene suma importancia como procuraré indicarlo en las consideraciones siguientes.

Desde Abril de mil novecientos nueve, época en que mis ideas cambiaron respecto de lo que debe significar la canalización en las operaciones intraperitoneales, procuré examinar los resultados que se obtenían, canalizando á unas enfermas ó dejando de hacerlo en otras: entonces advertí la diferencia que se nota con tan diverso proceder, pues la primera impresión que se recibe cuando se observa cuidadosamente la evolución de las pacientes es:

I. La mayor mortalidad en las enfermas que se han canalizado.

II. Estas enfermas—las que se canalizan—están expuestas a mayores perturbaciones post-operatorias y duran mayor tiempo en el lecho que las no canalizadas.

En consecuencia es necesario, hasta donde sea posible, precisar los casos que deban someterse al desagüe ó avenamiento.

En las operaciones intra-peritoneales que he practicado desde el año pasado á la fecha, he procurado evitar la canalización post-operatoria y los resultados obtenidos han sido mejores comparándolos con los obtenidos en años anteriores.

16 Celiotomías abdominales.	} Una defunción.
22 Celiotomías vaginales.	
<hr/> 38 Total.	

De las primeras 16 laparotomías supra-púbicas fueron canalizadas 3: se aplicó tal medio á una de ellas, por las relaciones de adherencia [del piosalpiñx derecho que se le extrajo y las cuales éran anteriores, quiere decir, la bolsa purulenta se había desarrollado entre la pared antero-lateral del bajo vientre la vejiga y la matriz, quedando hacia atrás el epiplón y los intestinos que formaban la pared superior.

Una vez extirpada la bolsa purulenta, se cuidó, al abrirla, de que el pus cayera sobre gasas esterilizadas, concluyendo la histerectomía, suturando y ligando toda las superficies sangrantes y peritonizando lo mejor que se pudo. Más, como tanto el peritoneo parietal anterior como algunas porciones de serosa intestinal con las que había contraído adherencias la bolsa, sangraban un poco y no fué posible hacer la hemostasia perfecta, ni la peritonización completa de esta superficie, se canalizó poniendo un tubo de caucho en el ángulo inferior de la herida del vientre.

Otra de las enfermas también se canalizó para evitar las colecciones posteriores de sangre ó de suero sanguíneo y no exponerla á porvenir dudoso, porque al extirparle un quiste gigante del ovario hubo necesidad de desprendérselo de sus múltiples adherencias, muchas de las cuales no fueron fáciles de peritonizar.

En el grupo de las operaciones vaginales, también hemos canalizado una que otra vez, cuando se ha tratado de grandes bolsas que dejan extensas superficies de serosa despulida, productos de exudados cuyo porvenir no es fácil asegurar si se cierra la herida vaginal completamente.

En las demás enfermas no canalizadas, es de hacer notar el éxito de los resultados que fueron excelentes, desde el momento que no solamente se les cuidó la vida y se les salvó de sus padecimientos neoplásicos ó inflamatorios, sino que, además, es de llamar la atención su evolución post-operatoria, ó mejor dicho su convalecencia que fué mucho más rápida y sin trastornos de consideración, sin grandes elevaciones de temperatura como pueden demostrarlo las cuadrículas llevadas con rigor, pues la cifra más alta que en ellas se encuentra apenas si alcanzó 37.5 en el segundo, tercero y cuarto días después de la operación.

En este último grupo de enfermas no canalizadas, se encuentran muchas pacientes portadoras de tumores fibromatosos de la matriz, de tipo abdominal, más ó menos voluminosos y algunos de ellos con adherencias al piso pélvico y al epiplón.

Tres enfermas de estas llevaban un piosalpinx derecho, otra un hidro-salpinx que semejava un quiste del ovario y la tercera, á la vez que un fibromioma de regulares dimensiones,

un quiste hemático más grande que el tumor fibromatoso, y en el grupo de enfermas no canalizadas á que me refiero con excepción de tres de ellas, se hizo la histerectomía supra-vaginal, dejando unas veces los dos ovarios, otras veces uno sólo y siempre abocando las extremidades internas de las trompas al punto céntrico del corte supra-vaginal en donde se suturaron con catgut, peritonizando las superficies cruentas.

En las tres enfermas en quienes se practicó la histerectomía total debo indicar que una de ellas padecía de un cáncer del cervix y las otras dos eran portadoras de una cervicitis exulcerosa, cuya naturaleza no era fácil apreciar, á la vez que su matriz estaba fibromatosa.

En todas estas enfermas, como dije antes, no se canalizaron las heridas—ni la del vientre ni la vaginal—y los resultados fueron excelentes, con lo cual he visto que, mientras más intervenciones he practicado menos necesidad he tenido de servirme de este medio quirúrgico,—la canalización,—que, no obstante lo que se ha pensado de ella y las modificaciones que se le han hecho, será siempre una arma de dos filos, una arma peligrosa o un gran medio de defensa en muy pocos casos.

Por esta razón, voy á permitirme entrar en algunos detalles y consideraciones acerca de este asunto para hacer más claras las razones que me han obligado á usar tan poco la canalización y á temerla tanto en muchos casos.

Chasaignac fué el primero que ideó canalizar las heridas para favorecer el escurrimiento de los exudados de estas; pero como en esa época no se conocían las causas de la supuración, se abusó de este recurso canalizando sistemáticamente toda herida operatoria y originando con esto, trastornos múltiples en la evolución cicatricial de las heridas post-operatorias.

Sims creyó indispensable la canalización sistemática en cada laparotomía, considerando que aun cuando fuese perfectamente terminada cualquiera intervención intra-peritoneal, quedaría la enferma en peligro de cualquiera complicación si no se canalizaba la herida.

Sin embargo, Wagner comenzó a orientar la conducta que debería observarse para aplicar la canalización con sus trabajos experimentales, restringiendo su uso á los casos en que el peritoneo fuese mecánicamente irritado y á los casos de supuración.

Olshausen es uno de los primeros ginecólogos que se opone de una manera terminante á la canalización sistemática de las operaciones intra-peritoneales y hace notar que en estos últimos años ha practicado 1,555 laparatomías en su clínica de Berlín, de las cuales solo ha canalizado á cuatro enfermas, obteniendo buenos resultados en todas.

Con esto, otros cirujanos acogen sus ideas y practican su técnica con iguales resultados: entre estos deben citarse a Fehling, Säger, Hofmayer, Döderlein y Krönig.

Con objeto de poder apreciar con alguna claridad las razones que deben tenerse presentes para determinarse á "drenar" ó no á las enfermas laparotomizadas, dividiremos la cuestión de la manera siguiente:

I.—Casos en que la perfecta hemostasia sea difícil.

II.—Casos en que se trate de tumores infectados ó supurados.

III.—Casos no infectados.

En el primer grupo tenemos que considerar los tumores adherentes, cualquiera que sea su naturaleza, trátense de fibromas, quistes, hematoceles ó aún del piosalpinx que, aunque su contenido es purulento, es de advertirse, sin embargo que, en muchas ocasiones, el pus es perfectamente estéril. Así pues, cuando en una intervención se tienen que destruir adherencias, sean estas epiploicas, intestinales ó bien en el peritoneo pélvico, sucede, y no raras veces, que las superficies cruentas que resultan de este despegamiento son poco á propósito para verificar en ella la hemostasia completa que es tan indispensable para el buen éxito operatorio, pues sería tarea imposible intentar ligar uno por uno los pequeños y múltiples vasos sangrantes. Más aún, en estos casos sucede también que sea, por la extensión de la superficie peritoneal cruenta ó sea por el mal estado de la serosa, no será fácil cubrir estas superficies con peritoneo; mejor dicho, no podra peritonizarse; por esto es que, no pudiendo hacer una perfecta hemostasia, en estos casos será la canalización inevitable.

Olshausen dice, á este particular, que pequeñas cantidades de sangre no perjudican en nada la evolución normal post-operatoria, puesto que se debe tener presente el poder de absorción del peritoneo sano, á la vez que el fagocitario; pero no siempre se

podrá ni deberá confiar en esta cualidad benéfica del peritoneo sano, pues no será fácil determinar en el momento operatorio si la cantidad de líquido dado por esta superficie, á la postre será pequeña ó grande: en una palabra, no podrá determinarse si la cantidad que se produzca será totalmente absorbida por la serosa peritoneal ó si en su defecto quede en la cavidad —bajo la forma de hematoma—exudado cuyo porvenir es dudoso, puesto que se ha notado que este bajo cualquier forma, produce algunas veces temperaturas más ó menos altas durante varios días consecutivos y molestias dolorosas en la región, y otras veces se observa que estas colecciones se transforman en pus, produciendo perturbaciones más o menos intensas que obligan no pocas veces á una segunda intervención.

De lo expuesto resulta que serán muy pocos los casos en que deba emplearse este medio de defensa puesto que una hemostasia completa contraindica terminantemente toda canalización.

El segundo grupo comprende todas las operaciones sépticas, ya sea que se trate de tumores degenerados, reblandecidos, de piosalpinx ó que en el curso de la intervención haya ocurrido algún incidente séptico ó infeccioso, comprendiéndose también en este grupo las inflamaciones pélvicas en sus distintas formas y períodos.

LAS ANEXITIS, sean ó no quísticas y purulentas, los PIOSALPINX, ABCESOS PÉLVICOS y LOS TUMORES INFECTADOS.

La Bacteriología ha demostrado claramente que muchos de los padecimientos supurativos de los órganos genitales internos de la mujer no son tan terribles ni mucho menos tan mortíferos como se creía en épocas no lejanas.

En efecto, tratándose de las inflamaciones crónicas del peritoneo pélvico ó de piosalpinx más ó menos voluminoso y de origen gonocócico, se encuentra el cirujano con que, no obstante la faena laboriosa, difícil y preñada de peripecias múltiples, como la de haberse derramado pus en el peritoneo, varias enfermas han podido salvarse, y tal vez se haya creído que el éxito era debido á la canalización oportuna que le hizo, pero sin duda alguna, é mejor dicho, probablemente, la verdadera razón de que algunas de estas enfermas se salven, no es debido á la canalización sino á lo que la Bacteriología nos indica y es: "QUE ESTE PUS DE LOS PIOSALPINX CRÓNICOS ES MUCHAS VECES

PERFECTAMENTE ESTERIL" y, en consecuencia, aún cuando se haya derramado una pequeña cantidad en la cavidad peritoneal, no pondrá en peligro la vida de las pacientes ni la comprometerá, desde el momento en que se trata de pus aséptico que no está en condiciones de producir una peritonitis.

Tal vez deba temerse más bien una complicación post-operatoria, por transformar una operación de aséptica en séptica, en cuyo caso no valdrá de gran cosa la canalización, pues es de recordarse que este medio ó este recurso, que en tan pocos casos tiene una acción benéfica, en la mayoría de las circunstancias produce un resultado contrario, es decir, *en vez de extraer microbios de la cavidad PERITONEAL los introduce* y, por consiguiente, aumenta las causas de infección en vez de disminuirlas.

Sin embargo, debo advertir también que no todos los piosalpinx crónicos, absesos y demás inflamaciones de la pequeña pelvis contienen pus esteril, resultando de esto que sería muy conveniente hacer ó mejor dicho imitar á las clínicas ginecológicas europeas, en las cuales, cuando se tiene que tratar una colección purulenta, se extrae una pequeña cantidad del líquido por medio de una jeringa de Pravaz, antes de principiar toda maniobra de extirpación de los órganos ó de histerectomía, con la mira de que inmediatamente sea analizado microscópicamente, para determinar si contiene ó no bacterias infecciosas y, en consecuencia, decidirse ó no á canalizar.

Pero hay más todavía y es que en algunos casos de tumores infectados ó reblandecidos, no siempre está indicada la canalización si se ha evitado que el líquido o pus se haya derramado en la cavidad del vientre y aún si, desgraciadamente, ha caído una pequeña cantidad y se ha podido limpiar y secar la superficie tocada por el líquido séptico, pues la superficie de la serosa es suficiente en muchos casos por medio de su activa fagocitosis para defender al organismo del pequeño número de bacterias que hayan podido alojarse en él, sin necesidad de recurrir á la canalización.

A este respecto, debo referir someramente una de mis últimas laparotomías que comprueba esta manera de pensar:

Se trata de una mujer de 58 años de edad, nulípara y portadora de un fibro-sarcoma uterino, adherente al epiplón y al peritoneo pélvico del fondo de saco de Douglass.

A esta enferma se la practicó la laparotomía supra-pública haciéndole la histerectomía total y, no obstante que la consistencia del tumor era deleznable y que al incidir el cervix se escurrió pequeña cantidad del líquido sucio contenido en la cavidad de la matriz, no se necesitó de canalización vaginal, ni de la pared del vientre, pues se tuvo cuidado de peritonizar toda la pequeña pélvis limpiando con gasas asépticas cuidadosamente la superficie peritoneal, suturando completamente el peritoneo de los ligamentos anchos de la vejiga y fondo de Douglass.

Cuando se trata de operaciones asépticas, es decir, de neoplasias benignas como fibromas uterinos, quistes ováricos que no han contraído adherencias y en los que se puede cumplir con las reglas quirúrgicas para practicar operaciones típicas, huelga decir que está perfectamente contraindicada la canalización, tanto vaginal como la de la pared del vientre, pues se comprende que en todos estos casos está obligado el cirujano á practicar la más perfecta hemostasia que, por lo demás, es perfectamente accesible, y una completa peritonización á fin de cubrir las superficies celulares, sin descuidar, también, dejar ó formar grandes pedículos al ligar las arterias de la región porque se tendría el temor de que la parte excedente que queda fuera de la asa que forma la ligadura, quedase sin nutrición por estar aislado del resto del organismo y sería darle mayor trabajo a la economía para reabsorber ó transformar estos pedículos que quedarían como cuerpos extraños.

Se han observado, no raras veces, malos resultados á consecuencia de la canalización: para evitarla por inútil ó peligrosa mencionaremos algunos casos:

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: Esta puede ocurrir por la adherencia que se verifica entre el "dren" y la pared intestinal.

Efectivamente, cuando una asa intestinal se adhiere á la gasa ó al tubo, corre peligro inmediato de hacerse impermeable, brusca ó gradualmente; con frecuencia la obstrucción no es completa, pero bastará que la luz del tubo intestinal disminuya de amplitud para que pueda ser manantial de varias perturbaciones como son: constipación y cólicos intestinales que pueden durar muchos días y aún semanas después de la operación.

Dudly refiere algunos casos de muerte, los que atribuye á que las perturbaciones ocasionadas por la canalización y en los que,

refiriéndose á la autopsia de ellos, ha visto que el intestino adherente al tubo ó "dren" producía en su pared la forma de éste, presentando el aspecto de una maza sin forma y difícilmente reconocible.

Las FÍSTULAS ESTERCORALES se han descrito, también, como una consecuencia de la presión que verifica el tubo sobre la pared intestinal, provocando fuerte irritación en esta y siguiendo más tarde la flegmasia, la infección y la necrosis correspondiente y completa para producir al fin la fístula intestinal.

Ahora bien, si desgraciadamente en el curso de una intervención ginecológica se perfora el intestino, en este caso se procurará suturarlo con nimio cuidado para evitar la canalización, la que á mi modo de ver juzgo conveniente en caso de que quede la duda de haber hecho una buena sutura ó que la lesión se encuentre muy profunda.

LA VEJIGA está expuesta también, desde el momento en que el "dren" ó tubo se coloca en el ángulo inferior de la herida, á contraer adherencias con los órganos vecinos, debido á la irritación que el tubo ó la gasa producen en su pared y á sufrir perturbaciones varias que, aunque pasajeras y poco graves, deberán evitarse; y por último, recordaremos también que las enfermas canalizadas por el vientre quedan expuestas á eventrarse porque la canalización hace que las superficies ó los tejidos que debieran unirse, queden separados mucho tiempo y la cicatrización que posteriormente se verifique será insuficiente para resistir á la presión intra y extra-abdominal.

Haciendo una síntesis de la exposición anterior se puede concluir lo siguiente:

CASOS EN QUE NO ESTÁ INDICADA LA CANALIZACIÓN INTRA-PERITONEAL.

I.—En todas las operaciones asépticas, en las que no hay fuentes de infección y que se haya podido conservar la técnica rigurosamente aséptica desde el principio hasta el fin de la intervención.

II.—En las operaciones que obliguen al ginecólogo á la extirpación de bolsas purulentas (como piosalpinx de grandes ó

pequeñas dimensiones); pero que al desprender estos focos de infección se lo haya verificado con el conveniente cuidado á fin de extirparlos completos y sin derramar el pus en la cavidad.

III.—En los casos purulentos que al ser extirpados, su contenido, se haya escapado ó derramado en la cavidad del vientre, pero que el examen microscópico inmediato haya demostrado que este líquido purulento esté perfectamente estéril.

CASOS EN QUE ESTÁ INDICADA LA CANALIZACIÓN
INTRA-PERITONEAL.

I.—En todas las peritonitis más ó menos generalizadas y sépicas sea cualquiera su naturaleza y la causa que las haya producido.

II.—Se canalizarán las superficies infectadas y despolvidas, superficies que segreguen líquidos infectados para evitar la generalización de la infección ó la formación de colecciones líquidas que no puedan reabsorverse posteriormente, sean estas exudaciones ocasionados por la abertura de un intestino, por la presencia de un absceso ó por la imposibilidad que se encuentra, á veces, de extirpar completamente algunos fragmentos de las paredes quísticas adherentes al peritoneo y que pudieran necrosarse posteriormente.

III.—Por último, en los casos en que queden superficies cruentas más ó menos amplias, y en las que no sea fácil verificar perfecta hemostasia, y en este grupo de casos la canalización que se haga con gasa servirá, á la vez, de taponamiento.

México, mayo de 1911.

VELÁZQUEZ URIARTE.