

## Canalización de las supuraciones anexiales por la vía vaginal forzada

—  
POR EL DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.  
—

Sin duda entre los padecimientos ginecológicos lugar muy importante ocupan las supuraciones que habiéndose iniciado ya en la trompa o bien en el ovario suelen llegar a ser colecciones purulentas voluminosas, que ya hacen saliente del lado del vientre o ya del lado de los fondos de saco vaginales.

Tales lesiones que por su eventual ruptura en la serosa peritoneal pueden ocasionar una peritonitis difusa con toda su enorme gravedad, son siempre serios padecimientos que imponen operaciones a veces de pronóstico reservado y de las que a menudo resultan dolorosas mutilaciones mucho mayores de lo que *a priori* pudiera esperarse.

Consideraciones son estas que ameritan de sobra desplegar todo el esfuerzo para simplificar el tratamiento de las afecciones mencionadas.

Ahora bien, la observación ha plenamente demostrado que en la mayor parte de los casos la simple canalización de estas bolsas supurativas trae la curación o cuando menos simplifica enormemente una intervención ulterior.

Sólo que el simple drenaje se pone en práctica generalmente cuando la bolsa se encuentra en contacto con los fondos de saco vaginales o bien cuando habiendo laparotomizado para hacer la extirpación de un piosalpinje esta resulta imposible de realizarse y entonces el cirujano tiene que conformarse con marsupializar la bolsa salpingítica y canalizarla.

Pues bien, inspirado en estos hechos de diaria práctica me ocurrió y ya varias veces con éxito lo he realizado, canalizar por la vagina bolsas piosalpingíticas que lejos de hacer emergencia en alguno de los fondos de saco de este canal, convidaban a ser atacados por la vía abdominal.

A la operación que desarrollo en tales casos y que describiré en su oportunidad es a lo que me ha parecido llamar canalización por la vía vaginal forzada.

La primera vez que practiqué esta operación fué en una enferma asilada en el Hospital Juárez por los años de 1913 a 1914.

No se trataba por cierto de una enferma de mi servicio. Era, según los recuerdos que del caso conservo, una mujer de pequeña estatura, débil constitución de raza indígena, galopina de oficio, como de unos 28 años

de edad, quien con fenómenos abdominales fué internada en una de las salas del Hospital, a cargo entonces del señor doctor Angel Nieto. Cuando ví a esta enferma, tenía ya como tres semanas en el hospital, y según se me dijo en principio, los síntomas por ella presentados se imponían como los de una apendicitis. La paciente inconcusamente había ofrecido un cuadro peritonítico: dolor en el bajo vientre, predominante en la fosa iliaca derecha, vómitos, elevación térmica remitante con exacerbaciones vesperales hasta de 39.5.

No se había encontrado ningún empastamiento en la región del apéndice y esto con razón era desconcertante. Por esto mientras el médico de la sala instituía el tratamiento médico general de las peritonitis: reposo, refrigeración, etc., convocaba a juntas para ilustrarse con la opinión de los demás compañeros, y llegó mi turno. Entre tanto, la enferma se había mejorado en el sentido de que mucho habían disminuido en intensidad los fenómenos subjetivos, pero eran evidentes los signos de una supuración interna. Hicimos la exploración de los genitales y encontramos una tumefacción del volumen de un puño en el lado derecho de la matriz, dolorosa y remitante y cuyo polo inferior apenas se alcanzaba deprimiendo profundamente el fondo lateral derecho.

Propuse al compañero que me había hecho el honor de consultar mi humilde opinión, la canalización forzada por la vía vaginal, la cual fué aceptada, habiéndoseme galantemente encomendado la operación.

Preparada la paciente como para toda intervención ginecológica, hice deprimir prudentemente el bajo vientre por la mano de un ayudante y entonces, guiado sobre el índice de la mano izquierda, introduje en el fondo de saco vaginal derecho el trocar de Landau, precioso instrumento muy poco conocido de la clase médica, y cuando por movimientos imprimidos al instrumento se hubo reconocido que estaba en el foco, comprobándose ésto por la salida de algunas gotas de pus por la tubuladura lateral de la cánula, se hizo deslizar sobre ésta como seguro conductor la pinza dilatadora que es anexa al mencionado trocar, dando salida a una oleada de pus. Sin retirar la pinza se colocó un tubo de drenaje de mediano calibre, se puso un tapón de gasa yodoformada en la vagina y se dió por terminada la operación.

Posteriormente he practicado varias veces la intervención con las modificaciones que apuntaré en su tiempo, siendo por algunas circunstancias el caso que en detalle voy a referir, uno de los más interesantes.

La Sra. D. F. de R., española de nacionalidad, estatura pequeña, mediana constitución, 21 años de edad, reglada a los 14, casada a los 18 y a la sazón recientemente viuda. Sara anteriormente y sin antecedentes hereditarios, refirió que 19 meses antes había tenido un parto a término con niño vivo, sin haber tenido en el alumbramiento accidente alguno; mas en el 5o. día del puerperio se inició una fiebre que le duró 40 días. Como consecuencia, le quedó un dolor que hacía referir a la fosa iliaca derecha y que de cuando en vez la hacía sufrir más. El período volvió a los tres meses y continuó regularmente hasta últimas fechas.

Hacia el 19 de enero de 1918, experimentó por la noche un dolor en el vientre que fué interpretado como originado por un trastorno gastro-intestinal, a causa de una cena indigesta. Ese dolor con cambios en la intensidad, persistió localizándose más y más en la zona sub-umbilical, hacia la fosa iliaca derecha, y a la vez se estableció un estado febril remitante con máximos vesperales de 39 y 40 grados.

La enferma había tenido particularmente al principio vómitos alimentarios y biliosos y marcada constipación.

Ví a la paciente por la primera vez el 10. de febrero, es decir 12 días después del aparente principio de los accidentes abdominales, encontrándola en decúbito supino, facies sufriente; la palabra era lenta y acusaba un profundo desaliento. Temperatura de 38°, pulso de 112, regular, blando y de poca elevación; respiración relativamente tranquila. Tumefacción en la fosa iliaca derecha invadiendo un poco el mesogastrio, de forma alargada, de gran diámetro vertical, del volumen como de un melón pequeño, perfectamente circunscrita, dolorosa a la presión; no había contractura muscular. Por el tacto vaginal se encontró un cuello pequeño, móvil, en situación normal, fondos de saco vacíos; por la exploración bimanual e insinuando profundamente el dedo en el fondo vaginal derecho se pudo comprobar fluctuación.

El diagnóstico pareció evidente: piosalpinge derecho de desarrollo abdominal.

En el acto se le propuso a la paciente una operación, lo cual no le sorprendió de ninguna manera; pues que, según dijo, ya le habían visto varios cirujanos figurando entre ellos algunos ginecólogos de los más reputados, quienes habían indicado también la intervención que ella no había aceptado; pues que todos querían operarla por el vientre, manifestando terminantemente que sólo se dejaría operar si esto se hacía por la vía natural.

Fiado en mi anterior experiencia le ofrecí que así se haría, lo que decidió a la enferma a ser transportada al sanatorio.

Bajo la anestesia mixta, practicóse desde luego una colpotomía posterior; mas no habiendo sido posible alcanzar el foco, procedí a la colpotomía anterior mediana, despegóse la vejiga cuidadosamente y urgando en el parametrio derecho, el dedo izquierdo pudo tocar el polo inferior de la tumefacción; a lo largo del dedo se hizo deslizar el trocar de Landau y cuando se tuvo certeza a una fuerte oleada de pus; colocóse un tubo de canalización de regular calibre y se taponó la vagina a la gasa yodofornada.

La temperatura volvió a la normal; pero la marcha post-operatoria tuvo las peripecias térmicas inherentes a esa clase de intervenciones; así algunos días más tarde tuvo un alza en la temperatura que se repitió irregularmente durante algunos días, pero que al fin cedió al rectificarse la canalización, dándose de alta la enferma 20 días después de la operación, sin ofrecer muestra alguna de padecimiento.

Aunque al operar a esta enferma se le anunció que pudiera ser necesaria una operación posterior, durante más de dos años que pude observar a dicha paciente, su estado de salud en la esfera ginecológica ha sido tan completo, que no ha habido motivo para hablar de tratamiento alguno.

Compárese este bello resultado con los obtenidos cuando se atacan los piosalpinges por la vía alta. No me refiero a los casos desgraciados, felizmente muy raros, en que aún en las manos más hábiles se desenlazan fatalmente.

A este propósito siempre tendré presente el caso de una señora en la plenitud de la edad, quien en busca de opiniones paseó por los consultorios de los especialistas un enorme piosalpinge que ocupaba la fosa iliaca izquierda invadiendo el flanco del propio lado. Esa bolsa del volumen de un melón mediano, hacía enorme saliente en el fondo de saco posterior, habiendo llenado por completo la fosa de Douglas y rechazado, aplastado

el cuello contra la cara posterior del pubis. No era, por cierto, pues un caso semejante a los precedentemente citados, en los que hubo de forzarse la vía para ver de canalizar los focos supurativos; no, el polo inferior en el que brevemente menciono casi estaba a flor de la vulva. Fué necesario decir a esta enferma que lo indicado era hacer dos operaciones: vaciar desde luego el contenido de esa enorme tumefacción. Dejar más tarde la extirpación de la bolsa. Quizás la perspectiva de dos intervenciones azoró a la enferma, quien no volvió a la consulta. Pasado algún tiempo acertivamente supe que la paciente a que he venido haciendo referencia, fué laparotomizada desde luego, habiendo fallecido a resultas de la operación.

¿Quién puede dudar que la portadora de aquella supuración, cuyo organismo debilitado, enflaquecido y anémico no pudo soportar el traumatismo de una laparatomía en la que seguramente hubo que hacerse una histerectomía total, habría tenido infinitamente más probabilidades a sobrevivir si hubiera sido operada en dos tiempos?

Mas yo no quería refirme a tan funestos casos, repito felizmente raros, sino a las mutilaciones que se ve uno forzado a practicar, a veces como he dicho al principio mucho más extensas de lo que a la primera vista podría temerse.

Entre los casos demostrativos que pudiera citar a este respecto, referiré someramente el siguiente:

En uno de los cursos de Clínica Quirúrgica profesados en el Hospital General, me fué presentada al estudio una joven nulípara con una supuración anexial de origen gonocócico. Era una muchacha bien constituida, sana en otro sentido que teniendo que trabajar para poder vivir había ocurrido al Hospital para recobrar su salud en el menor tiempo posible. Aunque no tengo a la vista el detalle del estudio clínico, cuya historia completa consta en los archivos depositados en la Secretaría de la Escuela, tengo el recuerdo claro, que dicha enferma presentaba en el anexo izquierdo una tumefacción circunscrita de forma redondeada, renitente, casi fluctuante y cuyo volumen apreciado por la palpación bimanual era al parecer a todo rigor como el de una lima bien independiente de la matriz, la cual había conservado alguna movilidad. En el tiempo en que la paciente vino a nuestra observación estaba casi apirética; pues apenas había ligeras elevaciones térmicas vesperales.

Lo circunscrito de la tumefacción, su aparente independencia de la matriz y su volumen relativamente pequeño, hacían pensar que al intervenir laparotomizando no se trataría, sino de una vulgar y sencilla extirpación de un anexo.

Al abrir el vientre, si bien se confirmó el diagnóstico en su esencia, no así en lo relativo a la extensión de las lesiones, que la bolsa que a la palpación bimanual daba la impresión de poder ser separada fácilmente de la matriz, se adhería a esta de tal modo y en extensión tal que tuve que decidirme muy a pesar mío o sacrificar el útero. Una prolongación de la bolsa se adhería fuertemente a la porción terminal de la ese sigmoidea y en las maniobras de desprendimiento de esta viscera, por delicadas que fueron, fué imposible dejar de hacer una brecha en el intestino, la cual fué corregida en el acto; mas obligó una canalización abdominal.

En rigor el resultado inmediato fué satisfactorio; pues la enferma salió curada y en aptitud de trabajar; pero con una mutilación irremediable. ¡Mas cuánto menos infeliz que aquellas desdichadas que ni siquiera pudieron conservar un ovario que asegurase la función endocrínica de tan importantes órgano! Y eso en la plena juventud.

Como he conocido numerosas víctimas de las mutilaciones ginecológicas, a mi humilde modo de ver vale la pena, y no tan sólo sino que es sin duda altamente meritorio tratar de prevenirlas por todos los medios posibles.

Ahora, en lo que al ginecólogo compete, entiendo que conservaría más úteros y ovarios, entre otras cosas, extendiendo, forzando, digamos así, la vía vaginal para canalizar los piosolpinges. Sin duda que habrá casos en los que absolutamente será preciso laparotomizar: mas siendo la indicación apremiante por el momento simplemente canalizar, en los casos difíciles, si la técnica que he descrito se mostrara insuficiente, para alcanzar el foco, ¿no se estaría autorizado a practicar la desbridación vagino perineal para tener franco acceso al parametrio?

Por de contado, que las intervenciones no serán siempre tan brillantes en sus resultados, pues que algunas veces será necesario una operación ulterior, que sin disputa será grandemente simplificada, por la eliminación de la sepsis, y que permitiría mayores probabilidades para la conservación de los órganos femeninos.

México, enero 26 de 1921.

*Manuel Godoy Alvarez*