

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LVII

México, Noviembre-Diciembre 1926

Núm. 6.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS.

EXTENSA RESECCION VESICAL

Histerectomía abdominal total, apendicectomía y resección de la vejiga, conservando el trigono y cuello vesicales, practicadas en una enferma operada varias veces y que padecía de piosalpinx crónica (comunicando con el intestino), pelvi-peritonitis y pelvicolitis esclerosa crónicas y degeneración esclero-fibrosa de la pared vesical.—EXITO. La vejiga virtual formada con los fragmentos que dejó la operación mencionada, pasados seis meses es ya un órgano de cavidad suficiente y eficiente.

POR EL DR. J. VILLARREAL

A principios del mes de agosto de 1925, mi amigo y discípulo el Dr. A. Díaz Infante, médico del Hospital de la Cruz Roja Mexicana, me dijo deseaba viera una enferma que le recomendaba, por medio de una carta, su compañero el Dr. J. F. Franco, también médico del referido Hospital y por ese tiempo ausente de la Capital.

En la carta de referencia el Dr. Franco decía que la portadora había ya sufrido cuatro intervenciones quirúrgicas y que eran tales los padecimientos que la atormentaban, que estaba dispuesta a todo y «ojalá y el Dr. Villarreal quiera operarla y sea la última intervención que se haga a esta desgraciada». No soy superticioso, pero lo de la última intervención no me sonó bien por la interpretación torcida que podía darse al vocablo; lo hice así notar y, por lo demás, aceptando que todo podía ser posible, pues todas las operaciones, así sean ligeras, exponen más o menos la salud y la vida y las operaciones serias agravan el pronóstico, y el caso que nos mandaba el Dr. Franco indudablemente que era de esta naturaleza.

El 13 de agosto de 1925 se presentó la enferma y quedó admitida para su estudio. Antonia Herrera, de 26 años, casada, de Calihuala Est. de Oaxaca. Su aspecto es el de una persona de mayor edad, pálida, amarillenta, semblante estirado, mirada triste, se mueve lentamente, falta la animación de su edad, estatura regular, delgada de carnes. Su primer período a los 11 años, mucho, 5 días, fuerte dolor el primer día; se sigue enfermado de la misma manera hasta los 20 años que se casó. Desde luego empezó a tener flujo que le producía escosor y le manchaba la ropa de amarillo. El período siguió con los caracteres y abundancia de antes pero el dolor le duraba todo el tiempo de la enfermedad y empezó a dolerle la cintura. Un año después se le suspendió el período dos meses viniéndole luego una hemorragia, la partera le dijo que fué un aborto, un año más tarde se le volvió a suspender el período un mes, pero esta vez ya no tuvo hemorragia. Continuando con el flujo, los dolores de cintura y los períodos dolorosos y, por otra parte, teniendo el deseo de engendrar un hijo, decidieron ella y su marido hacer un viaje a Puebla en 1922 en busca de salud; allí una curandera la estuvo tratando con tapones de algodón en la vagina y baños de temascal. Regresó a su pueblo todavía enferma y continuó así dos años, lo que hizo que tomara la resolución de venir a esta Ciudad para buscar su alivio.

El 11 de enero de 1924 la practicaron una operación en el Hospital donde estaba asilada. Según refiere, la operación tenía por objeto fijarle la matriz por el vientre aunque también le hicieron algo por la vagina, porque le ponían gasas y la curaban por este conducto, cloroformándola durante la operación. La herida abdominal se supuró, tuvo algo de calentura y le dolía el vientre. La supuración era muy abundante, cuando pasaron algunos días y se le permitió que se levantara la supuración le escurría por el vientre y la empapaba hasta los muslos. A fines de febrero salió del Hospital. No se sentía bien, tenía escalofríos, parecía tener fiebre, se le habían hinchado las piernas y el vientre y hasta los párpados, la orina muy poca y con mucho dolor al orinar. La herida del vientre seguía supurándole, le dijeron que tenía una fístula, pero así fué dada de alta. La semana siguiente fué muy penosa; a los sufrimientos anteriores que en vez de disminuir habían aumentado, se sumó un dolor fuerte, intermitente pero frecuente que sentía en el vientre y que cuando aumentaba mucho le venía como un golpe de agua por el intestino, arrojando un líquido blanquecino, pestilente y quedándole unas ganas de evacuar muy persistentes y no arrojaba más que pequeñas cantidades de excremento. Tenía mucha sed, nada de hambre, por las tardes se abrasaba de calor y no pudiendo más ingresó a otro Hospital. Allí le trataron la fístula del vientre con toques de yodo. La fístula curó en 15 días y la dieron de alta porque le dijeron que la fístu-

tula era todo su mal. Sin embargo el pujo al orinar y al defecar y el líquido mal oliente que arrojaba por el intestino y que ahora era amarillo-verdoso como pus, continuaban

· Siguiendo muy mala, con dolores muy fuertes, mucho malestar, sintiéndose morir, vió al Dr. Franco que la hizo una punción por la vagina y le sacó con una bombita medio litro de un líquido sanguinolento oscuro y de muy mal olor. Con esta operación se sintió vivir y pasó la semana menos mal; pero habiendo vuelto a sentir los sufrimientos de antes, volvió al Hospital y en julio de 1924, la hicieron una operación por la vagina para abrirle el cuello que se le había cerrado, saliéndole una gran cantidad de pus de muy mal olor. Desde entonces se sintió mejor, aunque continuaba el pujo al orinar y arrojando pus por el intestino. En julio, el mismo Dr. que la había operado le hizo una laparatomía para arreglarle la cicatriz abdominal que estaba muy fea, que todo lo demás estaba bien.

Luego que cerró la herida salió del Hospital y se fué a Puebla. Sus padecimientos le hicieron consultar varios facultativos, uno de ellos le aplicó cuatro veces la electricidad por la vagina, perdiendo mucha sangre en cada aplicación, pero no sentía ningún consuelo en sus dolencias. Así pasó un año hasta que un Dr. de Puebla le dijo que su padecimiento era muy difícil de tratar, que volviera a México para que intentaran otra vez curarla.

Al examinar el vientre se veía desde luego una cicatriz ancha, irregular, hundida, que iba desde la izquierda del ombligo al pubis. Haciendo un esfuerzo la paciente se notaban lugares de la cicatriz que se abombaban; tocando estas salientes cedían a la presión: eran pequeñas hernias.

La palpación abdominal era dolorosa y había defensa muscular.

El tacto vaginal dejaba sentir una tumoración dura en toda la pelvis, con salientes atrás del cuello uterino y adelante, de uno y otro lado. Por la exploración bimanual se comprobaba que la tumoración era dura y que había una parte anterior más voluminosa y otra posterior menos voluminosa, sintiéndose una fluctuación en el cuadrante posterior de la pelvis. El paso de la sonda dura en la vejiga era muy doloroso. La orina retirada turbia y de olor fuerte. Se recomendó recoger la orina de 24 horas y guardar el excremento.

El diagnóstico de admisión fué: retroversión uterina adherente, pio-salpínx comunicante, pelvi-peritonitis crónica y pelvi-celulitis esclerosa crónica. Pronóstico grave. Operación difícil, imposible por la vía vaginal, la esclerosis pélvica era el gran obstáculo para normar la intervención.

Al día siguiente se vió el pus en el excremento. En el análisis que se hizo de la orina se encontró que era sedimentosa y contenía gran número de leucocitos. La calentura empezaba después de medio día llegando a 38° o 38½° a las 4 o 5 de la tarde. El pujo para orinar venía con exacerbacio-

nes, algunas veces verdaderas crisis. Se aconsejó helmitol como desinfectante urinario y purgante de aceite de ricino.

El pulso y la respiración se estuvieron tomando por algunos días, encontrando aquél un poco frecuente, con tensión un poco crecida y ésta normal.

Dos veces más fué explorada la enferma con intervalos de 5 a 6 días y siempre llegué a la misma conclusión. Con la misma regularidad le fueron proporcionando purgantes de aceite de ricino cada semana y en vista de que su estado empeoraba, que las crisis de dolores al expulsar la orina eran insufribles, que la temperatura subía algunas veces hasta 39.5°, que muchas veces no dormía por los dolores y sudores copiosos la preparé convenientemente y previniéndole la gravedad de la intervención quirúrgica procedí a ella el 8 de septiembre de 1925.

La anestesia general, que empezó con cloroformo y terminó con éter, estuvo a cargo del practicante G. Aranda Díaz.

Me ayudó en la operación el Dr. J. F. Franco, médico interno supernumerario. La incisión de la pared abdominal se hizo a la izquierda de la cicatriz existente yendo del pubis a la izquierda del ombligo, con la idea de reseca la cicatriz cutánea y subcutánea al concluir la operación, pues hacerlo desde un principio era practicar desprendimientos innecesarios y fáciles de infectarse dado que iba a tratarse una afección séptica (piosalpinx). Siguiendo y profundizando la incisión cutánea, dividí la cicatriz ensanchada de la aponeurosis y bien pronto se presentó el peritoneo que fué dividido con precaución, cogiéndolo con pinzas de dientes de de ratón y levantándolo para no herir el intestino y el epiplón que estaban adheridos entre sí y el peritoneo parietal anterior. El epiplón fué dividido entre pinzas y transversalmente lo que permitió entrar y tratar las asas intestinales adheridas entre sí separándolas con gasa humedecida en suero y donde las adherencias eran firmes y largas seccionábanse con las tijeras. Desprendido el epiplón hacia arriba, separándolo del intestino delgado y del peritoneo parietal, fueron ligadas con catgut crómico Nº 2 medio duro, las porciones cogidas con pinzas de forcipresura y retiradas éstas, movilizándolo el colon transversal librándolo del peritoneo parietal y de las asas del intestino delgado. Una gasa extendida fué colocada dentro de la cavidad abdominal en la porción superior de la herida cubriendo los órganos mencionados. La parte inferior del epiplón seccionado como queda dicho, lo desprendí de las adherencias al peritoneo parietal e intestinos y órganos pélvicos que formaban una masa. Sobre las adherencias epiploicas de la parte anterior del estrecho superior hubo necesidad de colocar pinzas de forcipresura para seccionar el epiplón sobre ellas, las adherencias en esta parte siendo fuertes y fibrosas. En algunos lugares entre las asas intesti-

nales adheridas se notaban quistes serosos unos de color citrino y otros de color obscuro y aunque en este momento se dió la posición de Trendelenbourg, no descendió la masa intestinal ni era posible reconocer las vísceras pélvicas. Separadas las asas intestinales, rompiendo las adherencias con gasas y consiguiendo esto sin desgarrar el revestimiento peritoneal, pudo distinguirse otro plano de órganos que no eran intestinos, pero que cubrían fuertes adherencias sin poderse precisar lo que sería la matriz, los anexos y la vejiga. La S. iliaca a la izquierda y el ciego y las últimas porciones del intestino delgado a la derecha estaban tan unidos con los órganos pélvicos que opté por no seguir en esta tarea hasta haber despejado la pelvis. El punto donde la fluctuación era más acentuada al palpar los órganos pélvicos con el dedo, era en la mitad derecha y posterior de la pelvis, allí introdujo un trocar y al hacer la aspiración se retiraron como 200 gramos de un pus amarillo-verdoso, fluido y de mal olor. Se dejó el trocar y cogiendo con pinzas de ovarios la bolsa adherente, de donde se había sacado el pus y tirando sobre ellas e introduciendo el dedo entre el recto que ya se distinguía y la bolsa, encontré un plano de desprendimiento y bien pronto llegué hasta la región de la hipogástrica y levantando con el dedo la bolsa llegué hasta el ciego, que como antes dije, estaba muy adherido en esta porción de la pelvis. Aislé el ligamento infundíbulo pélvico, lo cogí entre dos pinzas de Kocher, dejando en este momento a descubierto el apéndice, cuya extremidad llegaba hasta el punto donde dividí el ligamento entre las pinzas; tirando de la pinza interna con la mano izquierda y empujando con los dedos índice y medio de la derecha el fondo pélvico de la bolsa, conseguí desprenderla sin desgarrarla pero, no sin que se saliera el trocar y unas gotas de pus que fueron luego retiradas con una gasa y cogida la perforación con pinzas de ovarios, entretanto era colocada una pinza en el cuerno uterino, seccionando hacia afuera de ella y retirando la bolsa cortando sus inserciones al ligamento ancho. En esta maniobra se desgarró el peritoneo parietal formando un ojal desde la hipogástrica hasta el ligamento ancho y se descubrió el ureter. El ureter estaba engrosado y cubierto del peritoneo igualmente engrosado, así como el tejido subperitoneal. En seguida puncioné la parte fluctuante situada a la izquierda, se retiró pus pero no más de 30 gramos y me fué imposible encontrar un plano de desprendimiento y por temor de herir el ureter de este lado o la S. iliaca, que con su meso formaba cuerpo con el anexo y la matriz cuya forma no se distinguía, me decidí por dividir ésta y extirparla como lo recomienda Faure en casos de piosalpinx y esclerosis pélvicas y que muchas veces me ha permitido sacar bolsas purulentas de los anexos enclavadas en el fondo pélvico. Por la exploración vaginal y rectal había creído que el fondo uterino estaba en retroflexión. La masa dura, media, que sentía junto al recto e inmedia-

tamente unida con él era este fondo; pero hacia adelante y en el lugar que debía ocupar la vejiga estaba otra masa dura cubierta de peritoneo y de restos de epiplón, esta masa se continuaba con otras de uno y otro lado, la izquierda más voluminosa que la derecha, que atribuí a la esclerosis del tejido celular pélvico y al piosalpinx enrollado y cubierto con el meso ilíaco; esto por lo que se refiere a la masa dura del lado izquierdo, en cuanto a la del lado derecho me desconcertaba un volumen semejante de esclerosis del tejido celular pélvico habiendo ya retirado el piosalpinx derecho. Con el ánimo de separar el peritoneo que de la vejiga se extendía sobre la matriz formando una superficie plana (lo que me pareció ser el fondo peritoneal vesico-uterino distendido por la retrodesviación del cuerpo uterino) hice una incisión transversal a igual distancia del pubis que del promontorio para dividir el peritoneo y rechazar la vejiga hacia adelante y tratar la matriz como antes dije. Dividido el peritoneo no encontré plano de desprendimiento creyendo que aquí, como en el resto de la pelvis, el tejido subperitoneal estuviera engrosado, profundicé un poco más, dos o tres milímetros y caí en una cavidad lisa; comprendí que era la vejiga vacía pues no había orina y para estar seguro hice que introdujeran una sonda por la uretra mientras yo sobre el dedo enguantado me ponía un dedo de guante para poder explorar y no ensuciar mi guante. Introduje el índice izquierdo en la cavidad y encontré la sonda y una dureza particular en el fondo y los lados de la vejiga y algunas granulaciones en la mucosa cerca del bajo fondo. No pensé en suturar la vejiga hasta no desprenderla de la pared anterior de la matriz. De la parte media de la incisión vesical sagitalmente dividí los tejidos que encontré hasta llegar al recto, en una profundidad como de dos centímetros encontré una substancia dura, ya tuve donde hacer presión y cogiendo con pinzas Museux de cuatro garras dividí transversalmente a la derecha seccionando la uterina que cogí con pinzas y encontrando un plano de desprendimiento, di vuelta por detrás del cuerpo uterino, lo separé del recto, continué con la sección transversal iniciada seccionando la uterina del lado izquierdo la que fué cogida arriba y abajo y separando el fondo uterino encima del istmo del cuello, pude seguir la separación de la bolsa salpingiana izquierda del meso ilíaco sin descubrir el ureter porque el peritoneo parietal no se desgarró y cogido el infundíbulo pélvico izquierdo entre dos pinzas y dividido con el escalpelo, continué el desprendimiento del anexo izquierdo, encontrando la misma resistencia del tejido escleroso al cortar el borde del ligamento ancho y el ligamento redondo. Continué la intervención teniendo la idea de separar la vejiga de la matriz sobre el resto del útero, cogiéndolo con pinzas traté de extirparlo cortando la base de los ligamentos anchos sobre sus lados pero fué una tarea difícil: el tejido tenía una consistencia de cartílago y era grande el

espesor y no pudiendo avanzar con las tijeras cogí el escalpelo para dividir por la mitad lo que quedaba del útero, metiendo la lámina a través de la cavidad uterina, haciendo dos valvas derecha e izquierda y con no pocas dificultades por no ceder nada el fondo pélvico y haciendo la sección como si se tratara del vaciamiento para despedazar un tumor fibroso. Así llegué hasta la vagina notando algo de elasticidad y de separación de los tejidos hacia atrás junto al recto, no obstante no haber fondo peritoneal posterior y estar unidos vagina y recto. Adelante una pared esclerosa de más de dos centímetros arriba y tres abajo separaba la mucosa vesical de la pared uterina, no se distinguía la musculosa vesical y el tejido celular vesico-uterino y subperitoneal se confundían con esta invasión esclerosa. Toda la parte anterior de la pelvis estaba invadida, levantando la vejiga por esta masa fibrosa que en la parte media y base de la vejiga medía de 7 a 8 centímetros de adelante atrás y de 9 a 10 transversalmente. La resolución que había que tomar urgía, la operación laboriosa se había llevado a cabo sin graves incidentes, pero ¿iba a dejar a la paciente con aquel tumor? de aspecto de fibroma y al nivel del tejido celulo-adiposo peri-vesical de fibrosarcoma. De dejarlo ¿cómo iba a fundirse aquel tejido, cuántos peligros y sufrimientos tendría que pasar la paciente? Aquella ganga fibrosa era indudablemente el resultado de una infiltración de orina de una herida vesical pequeña, tal vez un punto de sutura en alguna de las múltiples intervenciones y si reseca el tejido escleroso conservando la vejiga como se reseca el tejido de infiltración urinosa al rededor de la uretra? Lo intenté. Los ureteres engrosados y cogidos en el tejido de esclerosis penetraban a la vejiga, evitando herirlos, empecé a desprender el tejido escleroso por el borde anterior derecho del estrecho superior con el ligamento redondo y el resto del ligamento ancho, dejando a descubierto la aponeurosis pélvica superior, pero al llegar a la vejiga ésta se desprendió también de sus uniones a la pelvis; además no se veía la estructura muscular de la pared vesical, era un recipiente inextensible e inútil ¿y si dejaba el trigono y conservaba la uretra que con la vagina formaría después un receptáculo como Pawlick lo hizo?, y emprendí la resección de la vejiga y para hacerla más rápidamente de dentro a la periferia por despedazamientos sucesivos y cuando las tijeras no podían cortar lo hacía con el escalpelo como si despedazara un fibroma uterino. Conservé el trigono, sentado éste sobre una porción esclerosada y una parte de la vejiga de la pared anterior unos cuatro o cinco centímetros cuadrados sobre el borde superior del cuello. No hubo sangre. Ligué las uterinas y las vesicales de uno y otro lado que eran insignificantes y los ligamentos infundíbulo-pélvicos, suturé el colgajo vesical anterior con la porción vesical que rodeaba al trigono, con puntos entrecortados de catgut crómico N° 3 extra-duro; canalicé por la vagina con

dos gruesos tubos y gasa yodoformada. Extirpé el apéndice seccionándolo con gálvano-cauterio, ligándolo y hupdiendo la ligadura, con un surjete peritoneal en bolsa con catgut crómica Nº 3 extra duro. Ligué el meso-apéndice y como faltaba el peritoneo en toda la mitad anterior de la pelvis, canalicé con tubo y gasa yodoformada esta parte sacando la canalización por la extremidad inferior de la incisión abdominal y para que los intestinos y el resto del epiplón no contrajeran adherencias con la gasa de canalización, puse sobre ésta el hule de un puño de guante. Resequé la cicatriz de las aponeurosis sobre el borde derecho de la herida, lo mismo hice con una parte de la cicatriz de la piel en este mismo lado y con un surjete de seda Nº 12 doble, temporalmente perdido, cogí en un plano desde el ombligo hasta el pubis del peritoneo parietal aponeurosis de los rectos y lado interno de éstos, amarrando las extremidades sobre tubos de hule que servían para canalizar el tejido subcutáneo, pues éste y la piel solo fueron unidos con seda por puntadas entrecortadas en el tercio medio. Se puso en la uretra y cavidad vesical una sonda blanda Nelaton Nº 22 sujetándola con un punto de seda cogiendo la mucosa de uno y otro lado del meato uretral. Apositos en la herida abdominal y en la vulva con gasa yodoformada y algodón, venda de cuerpo en el abdomen y una venda en T para la vulva. Se pusieron a la paciente debajo de los senos durante la operación dos litros y medio de suero fisiológico y dos ampollitas de aceite alcanforado de 0.10 c / u. No obstante haber sido la operación larga 2½ horas y el trauamtismo de consideración el choque no fué acentuado y la paciente se repuso pronto con haberla calentado y hecho tomar bebidas ligeramente alcoholizadas calientes y aplicado una inyección de aceite alcanforado y otra de estricnina.

Antes de continuar con la secuela post-operatoria, voy a entrar en algunas consideraciones respecto a la operación que dejo referida y lo que me prometía obtener de ella.

La infiltración esclerosa de la mitad anterior de la pelvis, aunque diagnosticada y contando con las dificultades que iba a presentar para llevar a cabo la operación, nunca estuvo en mi programa la resección de la vejiga ni pensé que me vería obligado a llegar a este extremo. Ya en trabajo y con los órganos en la mano, no se me ocurrió que se tratara de un tumor maligno del tejido, celular pélvico y de la pared vesical no obstante el aspecto del tejido no solo porque los conmemorativos y las intervenciones anteriores llevaban mi juicio en el sentido de la infección, sino en el estado mismo de la mucosa vesical y el aspecto del nudo cicatricial que había entre el ligamento redondo izquierdo engrosado e infiltrado del grueso del meñique, el cuerno uterino y piosalpinx de este lado. Para mí era claro que el flegmón del tejido celular pélvico, que un principio fué agudo, dió lugar a las perturbaciones que con toda claridad refirió la paciente. Esta

infección del tejido celular pélvico no fué solamente por infección que la hubo en el peritoneo pélvico y abdominal y en la herida misma del vientre así como en la matriz y en las trompas uterinas: metro-anexitis, peritonitis y celulitis agudas que soportó la enferma llegando a la supuración de la pared abdominal del endometrio y de las trompas uterinas, sino que para esclarecer la patogenia de todo el proceso no es suficiente esta sola concepción, pues no explica el flegmón escleroso crónico que posteriormente invadió la pared vesical. En cambio todo se aclara si suponemos que el hilo que cogió el ligamento redondo y cuerno uterino izquierdo, no solo interesó un vaso uterino que dió sangre en el fondo de Douglas y que posteriormente fué retirado por una punción en el fondo vaginal, sino que el mismo hilo llegó a la mucosa vesical filtrándose la orina y produciendo en el tejido perivesical y en general en el tejido celular pélvico el engrosamiento y dureza esclerosas que estamos acostumbrados a ver en las infiltraciones de orina, perineales y periuretrales.

Ya dije que mi objeto al dejar el trigono y el cuello vesicales fué hacer algo semejante a la operación que desde 1888 describió Pawlick de Praga y que practicó felizmente en una enferma con cáncer de la vejiga, implantación de los ureteres en la vagina, extirpación de la vejiga y posteriormente cerrando la vulva convertir la vagina en receptáculo urinario, operación hecha en tres tiempos y con intervalos de semanas, una después de otra en la sucesión que dejo mencionada. La gravedad de la sección de los ureteres y el tiempo que se requiere para fijarlos en la vagina, me hizo pensar en dejarlos con su esfínter en el trigono así como el cuello de la vejiga, pues lo repito no creí habérmelas con un tumor maligno.

Más tarde cuando se hubieron conjurado los riesgos de la infección e infiltración de orina y establecido el escurrimiento de la orina por la vagina y cicatrizadas las heridas pélvicas y abdominal, dividirla por la vagina el trigono entre los ureteres hasta llegar al esfínter y cerrarla la vulva para tener un receptáculo con su esfínter y cada ureter con el propio, preservando así la pelvicilla y el riñón de la infección ascendente. La sutura que hice de la pared vesical anterior con el trigono, fué para dar más amplitud a la futura cavidad y por de pronto fuera un obstáculo al escape de la orina hacia el pubis. Más las cosas pasaron de otro modo y paso a referirlas. Al día siguiente de la operación hubo que cambiar la curación por estar emapada de orina tanto por el pubis como por la vulva. Se tuvo la precaución de independer con hule de guante, la curación de la herida abdominal de la canalización suprapúbica. El Dr. Franco se hizo cargo de la paciente y acompañado de un practicante y una enfermera se ocupó de cambiar diariamente la curación que seguía haciéndose con gasa yodoformada y algodón y sábanas estériles sobre una tela impermeable también estéril. La cur-

va de la temperatura y del pulso indican lo bien que la paciente soportó la intervención y bien pronto empezó alimentársele primero con atoles y después con café aguado y leche y después leche sola. Para ayudarla a evacuar los gases se le puso una sonda de hule N° 30 a permanencia dejando su intestino en reposo pues aunque no se vió la comunicación al extirpar los pio-salpinx la fístula existía. Al tercer día de la operación se retiró la gasa de canalización suprapúbica y solo se dejó el tubo, tres días después se reemplazo el tubo púbico por otro más delgado y hasta los 9 días de la operación se removieron los tubos y gasa vaginales, haciéndose un lavado amplio con permanganato al 1% se notó que había franca comunicación entre el tubo del pubis y los tubos vaginales: la solución salía por la vagina irrigando por arriba y salía por arriba irrigando por la vagina o por la sonda uretral. La herida abdominal presentaba buen aspecto y solo había ligera secreción purulenta al nivel del pubis. Al 10° día se puso un tubo más corto y más delgado al nivel del pubis. Como el escurrimiento de orina por la vagina irritaba la vulva y piel de los alrededores, coloqué un grueso tubo de hule en la vagina fijándolo con tela adhesiva y en la extremidad vulvar del tubo un tubo de vidrio y conectado con este una sonda que iba a un urinario colocado entre las piernas de la enferma. El intestino empezó a moverse a los 8 días de la operación, con una lavativa purgante con aceite de ricino sin que se hubiera notado salida de materias o gases por la vagina. A los 15 días se retiró el punto de seda temporalmente perdido y los hilos que sostenían la piel así como los tubos de canalización de los ángulos de la herida. Aunque había poca secreción purulenta, las yemas carnosas estaban atónicas; se las tocó con tintura de yodo y se sostuvo la pared abdominal y los bordes de la herida con tiras de tela adhesiva. Salía menos orina por el tubo suprapúbico. A las tres semanas se retiró el tubo suprapúbico, canalizando con gasa yodoformada. Los lavados por la sonda uretral continuaron haciendo salir el líquido por la vagina, no saliendo la orina por la sonda uretral, se retiró y se hicieron los lavados con una cánula de cristal. Cada cuatro o cinco días se retiraba el tubo vaginal y se acomodaba como queda dicho. Molestando a la paciente el tubo vaginal, se retiró éste a las cuatro semanas de la intervención dejando que la orina saliera por la vagina. Se le aplicó una pomada de lanolina resorcinada al 3%, sobre la vulva y asentaderas para disminuir las molestias de la humedad de la orina y se practicaban dos lavados vaginales. Al 32° día de la intervención ya la enferma caminaba sin estar cerrada la piel de la pared abdominal pero sostenida como dije antes y con una venda. Tuvo una alta elevación de temperatura 39.5° grados precedida de calosfrío. Se la volvió a encamar y se le ministró un purgante oleoso. El calosfrío y la temperatura alta repitieron. El 9 de octubre le hice una exploración por la vagina, encon-

trando hacia el lado derecho del fondo vaginal correspondiente un trayecto con fungosidades que destruí con un tapón de algodón empapado en yodo y puse allí un tubo de canalización, al tratar de hacer una irrigación por la uretra la enferma se quejó de dolor y sintió pujo, no insistí. Se continuaron los lavados vaginales. Se retiró el tubo del trayecto del fondo derecho de la región, tocando con tintura de yodo. Al 40º día hice una raspa con gasa yodoformada de las granulaciones átonas de la herida de la pared abdominal y se aproximaron los bordes de la piel con tela adhesiva. La enferma fué informada de que era necesaria otra operación para que no tuviera la incomodidad de que se le saliera la orina a no ser que esto no la molestara. A lo que respondió que era muy penoso este estado pero desde que estaba tomando mucha leche y las pastillas que se le habían recetado (0.50 de helmitol en un vaso de agua dos a tres pastillas en el día en el intervalo de las comidas,) la orina no le producía escosor pero que además ya le había sucedido que le venían ganas de orinar y evacuaba un poco de orina. Con este motivo le hice un reconocimiento y encontré que el fondo vaginal se había estrechado mucho y aunque no del todo cicatrizado, las yemas carnosas eran resistentes y de buen aspecto. Introduciendo una cánula por la uretra para hacer un lavado la enferma volvió acusar ganas de orinar y el líquido no salía con facilidad por la vagina, al retirar la cánula salió por la uretra un pequeño chorro de solución de permanganato empleada en el lavado. Raspé con un tapón de gasa las yemas carnosas del fondo vaginal y toqué con tintura de yodo. A los dos meses de la intervención la piel de la herida de la pared abdominal estaba completamente cicatrizada y la enferma decía que le escurría menos orina por la vagina, solo que tenía que estar sobre una basínica de cama para poder orinar cada vez que le venían ganas y que esto era cada 15 o 20 minutos, en la noche esta molestia era intolerable. Quise ver qué cantidad de líquido podía tolerar y con una jeringa de cristal de 10 cc. no toleró una sola jeringa de suero arrojándolo con fuerza. Le aconsejé que aguantara las ganas de orinar lo más que pudiera aunque se le saliera la orina por la vagina así lo hizo y como el caso era interesante siguió la paciente asilada en el Hospital. Su carácter había cambiado y su semblante jovial y placentero. Un día me dijo al pasarle visita diaria, ya no me sale nada de orina por la vagina pero tengo que estar orinando cada hora en el día y cada hora y media o dos horas por las noches. Le ordené que de ese día en adelante recogieran la orina de 24 horas para ver la cantidad y que se aguantara lo más que pudiera las ganas de evacuar la vejiga. Al día siguiente había recogido 1500 cc. de una orina clara con sedimento que indicaba había allí gran cantidad de leucocitos. El examen así lo indicó así como disminución de cloruros y urea. La enferma seguía tomando hasta dos litros de leche en el día.

No volví a ocuparme de la paciente si no era para preguntarle de vez en cuando cuantas veces orinaba al día y cuantas en la noche, y poco a poco y semana tras semana se fué alargando el período de las micciones y hace dos meses con el ánimo de hacer una cistoscopia quise ver la cantidad de líquido que retenía y solo pudo tolerar 80 cc. evacuándolos inmediatamente. Actualmente la paciente ha mejorado mucho, orina solo cuatro o cinco veces en el día y dos o tres en la noche y no se siente molesta. Para hacer una cistoscopia la inyecté 200 cc de solución bórica caliente y soportó el examen sin manifestar la menor incomodidad. La orina retirada por el cateterismo en cantidad de 150 cc era ligeramente amarillenta y transparente. Describir la imagen cistoscópica de esta vejiga formada de la nada, requeriría espacio y no quiero fatigar más vuestra atención, solo diré que la región del trigono y la desembocadura de los ureteres por su coloración pálida y estos últimos ligeramente entreabiertos parecen de cera; el resto de la mucosa tambien pálida sin arrugas ni pliegues, surcada de vez en cuando por grandes ramilletes de vasos dilatados que parecen estar encima y no debajo de la mucosa.

La enferma aquí presente tiene todo el aspecto de persona sana y se ha restablecido y aumentado de peso. El Dr. Regino González que la vió en estos últimos días en el Hospital de la Cruz Roja Mexicana quedó sorprendido del buen aspecto de la paciente.

La pieza patológica correspondiente conservada en formalina y por lo tanto grandemente retraída, la traigo en dos frascos, en el 1º están el pio-salpinx derecho y el izquierdo con el cuerpo uterino y las dos valvas del cuello uterino. En el 2º: Dos fragmentos grandes tetraedricos con mucosa vesical y tejido escleroso correspondientes a las secciones derecha e izquierda encima del cuello de la vejiga y hacia adelante de la sínfisis púbica, otro fragmento sin mucosa correspondiendo al principio del despedazamiento en la base del ligamento ancho izquierdo y junto al fragmento izquierdo con mucosa, el resto es la bóveda vesical.

He buscado en la literatura y no he encontrado un caso semejante al que dejo relatado. La extirpación total o parcial de la vejiga se practicó o se ha practicado por tumores malignos. La primera operación de extirpación total fué la del profesor Bardenheuer de Colonia practicada en 1887 en un enfermo de 57 años afectado de un cáncer del bajo fondo de la vejiga, englobando los ureteres con muerte del enfermo 14 días después.

Küster en 1921 extrajo la vejiga y la próstata implantando los ureteres en el recto, su enfermo murió al quinto día.

Ya antes Pawlick de Praga había extirpado la vejiga en la mujer en 1888 fijando los ureteres en la vagina y su enferma se salvó. Los imitadores de Pawlick no han podido obtener un receptáculo vaginal continente.

En 1896 Albarrán practicó la cistectomía total por neoplasma reseca-
do el pubis, la enferma murió.

Hogge en 1900 obtuvo un éxito después de la sinfisectomía, extirpó
los órganos genitales internos y externos.

Panechet tuvo igualmente un éxito en 1907; más la operación es tan
grave que muchos autores prefieren no llevarla a cabo por motivo de la im-
plantación de los ureteres que es un problema sin solución, ya sea se dejen
en la herida, se lleven a la vagina o a la piel del vientre o se inserten en el
intestino, que es lo más grave, o bien que se practique como Watson la do-
ble nefrostomía.

Keyes en su tratado «Genito Urinary Diseases» pág. 424 dice:—«To-
tal extirpation of the bladder is a most formidable operation».

Tuffier no obstante haber obtenido un éxito no la aconseja.

En la publicación anual de la clínica del Dr. Mayo en Rochester co-
rrespondiente al año de 1917, en una serie de muchos casos de tumores ve-
sicales tratados por electro coagulación con resección parcial o extensa de
la vejiga, solo refiere un caso de extirpación total.

En la extrofia de la vejiga se conserva el trigono y la porción circun-
vecina de la vejiga para anastomosarlos a la asa intestinal que va a dedi-
carse a receptáculo urinario y no se ha observado la infección ascendente
que es peculiar cuando se abocan los ureteres sin su esfínter.

En el caso objeto de este trabajo, no hay que temer por la infección as-
cendente y fué feliz la idea de una restauración minúscula de la vejiga y
en cuanto al porvenir la observación de la paciente nos lo dirá y procuraré
informar a esta H. Academia, ya que la vejiga se repara con más facilidad
que la uretra cosa que no sabíamos.