

## De periódicos.

### Obstetricia y ginecología. Sus resultados.

Por el doctor Alberto Chueco.

Conferencia en la *Sociedad Obstétrica y Ginecológica* de Buenos Aires.

Deseamos antes de entrar en materia, pues lo cremos imprescindiblemente necesario, hacer una aclaración respecto a la prioridad de la implantación, no como tentativa aislada, sino como un hecho definitivo entre nosotros, de la cirugía conservadora de los anexos del útero realizada por vía baja. Habíamos afirmado una verdad, que no trepidamos en sostenerla nuevamente, en declarar que esa prioridad pertenece al Profesor E. Zárate, así como igualmente afirmábamos después de haber realizado una prolija compulsa de libros y revistas nacionales, de que las primeras publicaciones que figuran en la literatura médica de nuestro suelo, sobre los éxitos obtenidos por los procedimientos operatorios por cuya implantación bregamos, nos pertenece.

Y bien, el doctor J. Caballero, cuyas opiniones respetamos y a cuyas aseveraciones pres-

tamos completo crédito, no sólo ha afirmado que en épocas pasadas ha practicado las intervenciones a que nos referimos por esa vía, sino que nos ha adelantado esta profecía: «En hora determinada habréis de abandonar la cirugía, que há tiempo con iguales entusiasmos he realizado.»

El Profesor L. Durañona ha sostenido que el habilísimo operador, autoridad cuya competencia nadie niega, que nos honramos en decirlo, fuera nuestro maestro, el Profesor E. Bazterrica, igualmente ha realizado esa misma cirugía conservadora.

El Profesor J. C. Llames Massini, haciendo un merecido elogio a la memoria del que fuera nuestro malogrado maestro, el Profesor Lagarde, nos declaraba que el inolvidable ginecólogo que por tantas veces se escuchara en este mismo recinto su cálida y elocuente palabra, había también puesto en práctica, en épocas de su internado en el Hospital San Roque, los procedimientos operatorios conservadores en aquel entonces ideados, que se realizaban por vía baja.

Agregaremos aun más, que a esa misma época, nuestro primer maestro en ginecología y Jefe del servicio de la sala XI del anterior citado nosocomio, servicio al que prestámos

durante diez años nuestro concurso, el doctor E. Revilla, también prestó atención preferente a los procedimientos operatorios innovadores.

Han transcurrido tres lustros, que los habilísimos cirujanos ginecólogos nombrados, tentaron los unos, realizaron los otros, una serie de intervenciones radicales las unas, conservadoras las otras, por vía vaginal.

Y realizaron tales proezas, sin guías, con procedimientos de técnica defectuosa, con instrumental aún más, sin locales apropiados, y con toda una serie de inconvenientes que hoy han sido subsanados en parte.

A esta altura con las facilidades que importa realizar procedimientos operatorios simplificados y claramente expuestos, y aún más, gráficamente revelados, con un instrumental de que ellos carecieron, con una iluminación tan perfecta como la de Ott, con ideas más precisas en lo que atañe a la indicación operatoria, factores que concurren todos a un éxito previsto y declarando que entre nosotros en la hora actual hay aún ancho campo para modificar la técnica que nos pongan al nivel de la que se realiza en ciertas clínicas ginecológicas europeas, se comprenderá cuando retornando nuestro recuerdo a épocas

pasadas, con qué religio so respeto adivinaremos el esfuerzo realizado por aquellos maestros que en otra hora, careciendo de todos esos factores y teniendo a su favor tan sólo el entusiasmo por guía, emprendieran la tarea, bien difícil por cierto, de alcanzar la meta. Mas los resultados no se hicieron esperar, aún no había llegado la hora propicia y el abandono de esos procedimientos fue su resultado.

De esa primera loable tentativa, há tiempo realizada, que ha restado, ha quedado, señores, inculcada en las generaciones médicas que le han sucedido, el convencimiento que la vía vaginal, implantada para ser llevada a la práctica, los procedimientos operatorios de la cirugía conservadora del útero y sus anexos, es mala, malísima.

Cuando emprendiéramos, secundando el esfuerzo inicial, há cuatro años, la vía propuesta por el Profesor Zárate, cabe manifestar que teníamos en primer término ante todo que vencer nuestros propios prejuicios; no olvidéis, colegas, que hemos sido tan abdominalistas *a outrance*, como vosotros; réstanos ahora proseguir, con tesón, permitidme emplear el lema latino *Res non verba*, la comprobación de nuestros triunfos.

Si somos vencidos, como ya lo prevé el

ilustrado ginecólogo que preside esta reunión, lejos estaremos de inculpar a la vía la derrota sufrida; quedará en nosotros el convencimiento que la técnica empleada, que el instrumental utilizado, y ante todo, como piedra angular del éxito, la oportunidad e indicación operatoria, no fueron hábilmente seleccionados para darnos el éxito anhelado.

No podemos en manera alguna, en realidad de verdad, inculpar a la inhabilidad operatoria de los cirujanos ya nombrados, cuya competencia ante propios y extraños bien probado lo está, suponer que los maestros ginecólogos rusos, alemanes, austriacos, que emplean hoy día con éxito creciente esa vía, superen por tanto en habilidad operatoria a nuestros maestros.

La cirugía ginecológica argentina, siguiendo la corriente que los progresos imprimen día a día, hora a hora, en el campo de nuestra especialidad, no ha podido, no ha debido quedar indiferente, frente al movimiento que se opera en pro de los procedimientos operatorios realizados por la vía baja; era menester ensayarla, y tengo el convencimiento pleno de que hemos triunfado, de que hemos implantado entre nosotros, de una manera definitiva radical, la vía tan injusta, tan acerbamente condenada.

Si, por el contrario, estamos en error, y si a los entusiasmos del momento prosiguen los desencantos del fracaso, no dejaremos de pensar que para implantarla ha de surgir más tarde, en hora propicia, el mesías que destruya los prejuicios, el maestro que ponga en evidencia los resultados que otros tan brillantemente alcanzan.

Haciendo nuéstra una frase del portaestandarte de los vaginalistas rusos, Profesor Ott, en el décimo Congreso Internacional de Ginecología, os diremos : «Lejos estoy de creer que el método vaginal deba ser el únicamente empleado, eso sería desacreditarlo ; él debe tener sus indicaciones bien autorizadas ; de ahí estriba una de las grandes adquisiciones de la ginecología moderna». Y luégo agrega : «Yo pienso como el Profesor Martín, que las intervenciones vaginales y abdominales cada una tiene sus indicaciones especiales, y que la una no excluye de manera alguna a la otra.»

\*  
\* \* \*

Esta comunicación ha menester para su comprensión dividirla, la una, la que atañe a los resultados obtenidos en las clínicas ginecológicas extranjeras, que dejarán en vues-

tro espíritu, a no dudarlo, en el convencimiento, que los procedimientos operatorios realizados por vía baja sobre los anexos del útero y sobre el órgano mismo por la importancia del número de los casos intervenidos por el volumen científico de los operadores que lo han realizado, que no es posible destruir los hechos con teorías más o menos seductoras, sino con una práctica de esa misma vía, tan numerosa y tan bien ordenada como la que justifica sus triunfos.

Ya lo hemos dicho, sobresalen en la hora actual en los resultados obtenidos con los procedimientos operatorios enunciados, los ginecólogos rusos. Una opinión de valía y extraña al Imperial Instituto de Obstetricia y Ginecología, del Imperio moscovita, se ha expresado en los siguientes términos, que transcribo, de esa institución científica :

«Ese Instituto, por su lujo, debe llevar el nombre de Palacio de la Ginecología, y bajo el punto de vista de la perfección de sus instalaciones, ser considerada como la mejor escuela de nuestro arte.»

Es Jefe de esa institución el reputado ginecólogo profesor Ott. Su práctica de quince años de la vía vaginal, el ingenioso instrumental de que dispone, los cientos de inter-

venciones realizadas, lo elevan, con justicia, al grado de una verdadera autoridad en la materia. En su última comunicación científica manifiesta :

«El porcentaje de mortalidad de mis operadas por vía baja, desciende año por año gradualmente; de 1.48 por 100, a 1.25 por 100; así sucesivamente, a 0.57 por 100 y en las 260 últimas colpotomías vaginales realizadas, ninguna enferma sucumbe.»

Y luego agrega :

«Esas cifras merecen un análisis severo de los diferentes detalles de la técnica operatoria aplicada a los procedimientos vaginales y una explicación de las causas de que dependen resultados tan favorables.»

Entre esas causas enumeradas, una de ellas ha llamado fuertemente nuestra atención. Veámosla:

«Abierta la cavidad adominal—dice Ott—por los fondos de saco vaginales, el campo de operación situado en la profundidad se encuentra protegido hacia arriba; está pues al abrigo de las partículas del aire, y por lo tanto estéril. Para comprobar esas condiciones propongo a uno de mis colaboradores hacer una serie de colpotomías vaginales, y al fin de la



operación un examen bacteriológico del campo operatorio y del peritoneo vecino. Sobre 23 enfermas, donde la indicación operatoria fueran las siguientes (13 fibromiomas del útero, en uno de ellos existía degeneración de los vasos; 2 quistes dermóideos; 1 quiste dermóideo y fibromioma del útero; 2 gestaciones extrauterinas; 4 cáncer del útero), tan sólo en una paciente el examen fue positivo; se trataba de un cáncer de la porción vaginal del útero; en las demás observaciones la esterilidad completa del campo operatorio fue establecida; en cambio, en las intervenciones abdominales en igualdad de condiciones, los resultados positivos alcanzaron el 50 por 100 de los casos.»

Luégo el autor agrega: «este último resultado concuerda con los obtenidos por otros autores.»

De esa práctica operatoria, metódica, ordenada, científica, infiere su autor que la ventaja del método vaginal bajo el punto de vista de la asepsia está fuera de toda duda.

Escuchemos ahora la no menos autorizada palabra de otro paladín de la vía baja, sobre el valor de la colpotomía en el tratamiento quirúrgico de las gestaciones ectópicas.

Jacobson manifiesta que durante un período de nueve años ha realizado 103 colpoto-

mías por embarazos extrauterinos, sin producirse ningún caso fatal; la mayoría de las enfermas se han entregado a sus ocupaciones habituales de los quince a los veinte días después de la intervención.

¿En qué estriban tan hermosos resultados? En la habilidad de la indicación operatoria; en la benignidad de la vía empleada. Jacobson se expresa diciendo:

«Por la colpotomía pueden realizarse las operaciones radicales o conservadoras con todas las ventajas sobre la laparotomía, puesto que presenta menos daño para las intervenidas; pero semejantes resultados satisfactorios no dan ciertamente el derecho de operar todos los embarazos extrauterinos; la intervención por la vía abdominal al principio de la gestación ectópica, debe ceder su lugar a los procedimientos quirúrgicos por vía baja, y se encuentra justificada la intervención por la vía alta en los casos muy avanzados o bien cuando se producen hemorragias intraabdominales agudas.»

Para aquellos que creen que es una utopía la realización por vía vaginal de las operaciones esencialmente conservadoras del útero y sus anexos, nos permitiremos darles a cono-

cer una estadística (1) de 265 casos intervenidos que demuestran de una manera notoria los resultados que pueden esperarse de la aplicación de una buena técnica y de un buen criterio.

Casos.

Enucleación conservadora de cuerpos fibrosos de la matriz . . . . .	16
Escisión cónica del cuerno del útero para ablación de una salpingitis supurada . . . . .	1
Liberación del útero, de adherencias en casos de desviación . . . . .	14
Liberación de los anexos de adherencias con conservación de esos órganos de uno y otro lado, simple ruptura de adherencias de la trompa, sin otra intervención . . . . .	2
Resección de la extremidad abdominal de la trompa por salpingitis . . . . .	9
Resección de la trompa por embarazo extrauterino . . . . .	8
Simple incisión de la trompa por salpingitis . . . . .	7
Incisión de la trompa y cauterización de su mucosa . . . . .	1

(1) Comunicación de M. Préobragenzki: *De las operaciones conservadoras por la vía vaginal*, conservadoras por la vía vaginal, al V Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología, celebrado en San Petersburgo en 1910.

Incisión de la trompa con salpingografía consecutiva después de evacuación previa de su contenido por embarazo extrauterino . . . . .	8
Curetaje de la trompa por extremidad abdominal por embarazo extrauterino . . . . .	11
Salpingostomía (abertura de la extremidad abdominal obliterada de la trompa) . . . . .	9
Estomatoplastia (sección del pabellón con aplicación de suturas plásticas) . . . . .	4
Libereción de un ovario de sus adherencias con conservación del órgano . . . . .	52
Resección del ovario . . . . .	19
Incisión del ovario con cauterización de pequeños quistes y absceso . . . . .	11
Punción del ovario por degeneración microquistica . . . . .	30
Sección de bridas (cicatrices) del tejido celular . . . . .	6
Operación absolutamente conservadora, comprendiendo la ruptura de adherencias, ablación de productos patológicos, y de restitución ( <i>ad integrum</i> ) del aparato genital . . . . .	21
Las operaciones así enumeradas fueron ejecutadas 220 veces por colpotomía posterior, y las restantes por colpotomía anterior.	

En la Alemania científica, eminentemente práctica en el terreno de la cirugía ginecológica y obstétrica, aumenta diariamente el número de los adeptos que intervienen por vía vaginal; y se afirma una inexactitud cuando se manifiesta que es unhecho pasado el de la práctica de la cirugía baja en los procesos de que hablamos. Baste recordar en la hora actual los Zweifel, que llevan a feliz término la iniciativa de intervenir por colpotomía en las neoplasias ováricas durante la gestación; los Stauden, a quienes les corresponde la primicia de la ovariectomía durante el parto; los Bumm, Hesselbach, Petersen, Græfe, Rausch, Orthman, Strassman, Kaiser, Martin, para tener una prueba fehaciente del predominio que va adquiriendo con justicia en el campo de la cirugía ginecológica y obstétrica, el lugar que legítimamente le corresponde.

Si para esta asamblea la experiencia tiene algún valor, si para ello merece algún concepto que deba tenerse en cuenta, la opinión emitida por una personalidad de la talla eximia de Martin, de Berlín, que declara haber realizado 2,000 colpotomías, si prima en algo, lo repetimos, esa opinión y esa experiencia, convendréis con nosotros que la vía baja no muere; que, por el contrario, sería lógico

pensar que ella surgirá cada día con fuerza inconstable y marcará su implantación y ejecución en nuestro suelo una nueva era de la cirugía ginecológica argentina.

La elocuente cifra a que alcanza la estadística de Martín es toda una prueba de la eficacia de la vía que se impone. Este autor asevera que el método vaginal presenta una mortalidad muy inferior a la laparotomía; que la colpotomía, debe ser el método de elección en ciertos casos de desviación y de deformaciones del útero, de inflamaciones de las trompas de los ovarios, del peritoneo, de las primeras etapas de las gestaciones ectópicas, de ciertas neoplasias del útero y de los ovarios; la colpotomía es una operación menos grave que la laparotomía, y sus resultados inmediatos y lejanos le son favorables.

La última conclusión a que arriba Martín merece que vosotros midáis su alcance:

«La colopotomía responde a indicaciones especiales, y su importancia no debe ceder en nada a la laparotomía.»

No deseamos prolongar más vuestra atención trayendo a colación otras valiosas opiniones; aun cuando con lo expuesto baste para dejar en este ambiente una atmósfera favorable a su defensa, permitidme que ya que he-

mos citado a los ginecólogos austriacos, terminemos esta primera parte de lo que atañe a la práctica de la vía vaginal realizada allende el Atlántico, manifestándoos que Wertheim, de Viena, está en lo cierto cuando opina que las operaciones realizadas por vía baja pueden, en un gran número de casos, reemplazar con ventajas a la vía alta, siempre que se llenen dos condiciones necesarias: una buena técnica y una juiciosa elección de los casos.

\*  
\* \* \*

Llegamos, señores, a la segunda parte en que hemos subdividido esta defensa; a la experiencia personal, que si bien es cierto es limitada a la que arrojan las estadísticas ya citadas, tiene en cambio el mérito de confirmar que estamos en lo cierto, cuando afirmábamos que ya es una realidad en nuestro medio científico la implantación de esta conquista de la cirugía ginecológica moderna.

Para mayor claridad de nuestra exposición, trataremos en primer término de las observaciones que conciernen a la cirugía obstétrica.

Entre ellas figura como una de las más interesantes la ovariotomía practicada durante la gestación por colpotomía anterior. El doctor Luis Huguet, que sabe de los fáciles triun-

fos que se obtienen cuando se domina la vía baja, nos confiere el cuidado de esta enferma, cuya gestación alcanza a tres y medio meses, y que es portadora de un quiste del ovario del tamaño de una naranja grande, movable, de largo pedículo no adherente, y que obedeciendo a la ley inmutable de la gravedad, se localiza en la pelvis.

Estamos en presencia pues de un quiste ovárico que podría acarrear la distocia; la indicación operatoria por la vía vaginal era la exclusivamente indicada por sus manifiestas ventajas sobre la vía alta. La intervención se realiza, y por la brecha abierta de la colpotomía se ve la naturaleza de la neoplasia, que se la fija a la pelvis mediante la presión ejercida sobre la pared abdominal; en esas circunstancias se la punza, dando salida a un líquido que mediante la adaptación al trócar de un tubo de goma, nos permite recoger su contenido en recipiente colocado fuera del campo operatorio; extraída luego la bolsa quística reducida, ligada a la vista con facilidad el pedículo, y peritonizado más tarde sin dejar drenaje, cerrámos con una sutura con catgut la brecha abierta de la colpotomía. Los doctores Huguet y Rojas, nuestros colaboradores en esta infantil intervención, comprue-



ban en el terreno de la práctica la eficacia de la vía baja. El postoperatorio os lo daremos a conocer leyendo la historia clínica publicada en nuestro trabajo aparecido en *La Semana Médica* en el transcurso del pasado año, y titulado *Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior*:

« La paciente es llevada al lecho donde se la coloca algo inclinada; al segundo día semisentada, y al tercero completamente sentada; en este día se le suprimen las gotas de láudano que ingiere para impedir las contracciones uterinas; por la noche se la administra un purgante salino, y al cuarto día la alimentación es general, efectuándosele la primera curación, que se limita a tocar con tintura de yodo la herida vaginal, que se encuentra en perfecto estado. Al décimo día, por sus propios medios, sin acusar molestia alguna, recorre toda la sala sin ser examinada en el consultorio. Del examen realizado se desprende: útero en posición normal; muñón del pedículo indoloro; cicatriz vaginal perfecta. La enferma pide ser dada de alta; es retenida tres días más, con el propósito de observar la marcha de su gestación; ella nos manifiesta que después de la administración del purgante, goza de buen apetito, y la micción y la defecación se hacen normalmente.

«En resumen: una operación sin pérdida de sangre, bajo anestesia raquídea, breve, inocua para el útero, que no es tocado, postoperatoria sin accidentes y de tiempo reducido, y ante todo, respetando la prensa abdominal para su próximo parto, sin crear adherencias del peritoneo a la pared uterina.»

Tales fueron las consecuencias inmediatas; en cuanto atañe a las lejanas a esta intervención, el protocolo 552, amablemente cedido por el profesor Llames Massini, Jefe de la Clínica obstétrica del Hospital Fernández, a la que ingresa la enferma, habla de una manera elocuente del éxito obtenido.

Otra observación de la vía vaginal en la cirugía obstétrica, que ha sido igualmente publicada como la anterior en el pasado año, trabajo en colaboración con los doctores José Badía y Bartolomé Calcagno, bajo el rubro de *Distocia por quiste ovárico dermóideo previo extirpado por vía vaginal*, pone en evidencia el éxito obtenido. Trátase en este caso de una distocia producida por voluminoso quiste ovárico dermóideo previo. La publicación ya mencionada y la que lleva por título *La vía vaginal en las intervenciones del útero y sus anexos*, trabajo que hemos presentado al Congreso Médico celebrado últimamente en Lima,

publicaciones ambas bien difundidas, en que aparece esta observación, nos exime de entrar en detalles ; sólo haremos recordar que la distocia fue suprimida mediante la evacuación por vía vaginal del contenido de la neoplasia ovárica, y que sin accidente alguno el parto y el puerperio normal se realiza, y que más tarde intervenida la paciente en nuestra clínica ginecológica, se obtiene por la colpoto-mía anterior la extirpación de la neoplasia seguida de completo éxito.

Decíamos en aquel entonces, cuando poníamos de manifiesto la evidente falta en que incurría la escuela francesa al condenar la vía baja, que « hay pues una evidente contradicción entre las afirmaciones más o menos teóricas y los hechos prácticos. Los parteros mencionados manifiestan casi de unánime acuerdo su opinión favorable a la vía abdominal, mientras que la elocuencia concisa e irrefutable de los hechos que citan, está sin ambages en favor de los vaginalistas.

«¿Debemos creer a los hombres o inclinarnos ante los hechos?

«Si analizamos el reducido pero feliz número de distocias por quistes previos pertenecientes a la literatura médica nacional, la misma comprobación resalta con igual evidencia.

«Cuatro son los casos publicados incluyendo el nuestro. En dos, pertenecientes a los doctores Boero y Manzoni, se trataba de quistes hidatídicos; en el tercero, cuya observación corresponde al doctor Riso Domínguez, de un tumor líquido sacro, probablemente de igual naturaleza que los anteriores.

«En los dos primeros casos y en el nuestro se utilizó la punción vaginal, ampliada en la observación del doctor Manzoni por la incisión del quiste para extirpar la membrana germinativa.

«En los tres, la punción resultó absolutamente inofensiva, llenando por completo los fines que se perseguían. En los tres casos el parto fue espontáneo y el puerperio normal. Ningún incidente empaña tan brillantes resultados.

«El doctor Riso Domínguez recurrió a la operación cesárea. Basta leer la observación transcrita en resumen al final para apreciar en toda su gravedad las complicaciones post-operatorias a que se vio sometida su enferma.»

Con dos nuevas observaciones se enriquece la literatura médica nacional, en la que se cuentan, a nuestro favor, dos éxitos que confirman la superioridad de la vía baja; pertenecen ambos casos al doctor Ramón B. Bor-

ghi, Director de la Maternidad del Rosario y que ha dado a conocer a fines del pasado año en la *Revista Médica* de la mencionada ciudad, en la página 278. En las dos observaciones de distocias por quistes dermóideos, el operador no titubea en elegir la vía vaginal por considerarla, como lo manifiesta, menos peligrosa, más rápida y eficaz en sus resultados.

\*  
\* \*

Para abreviar, condensaremos en lo que se refiere a las intervenciones realizadas en cirugía ginecológica, en dar a conocer una *observación tipo*, que representa una serie más o menos numerosa, análoga al caso tratado.

El ilustrado Profesor doctor Ignacio Imaz, que ha tenido la oportunidad de valorar en el terreno de la práctica las ventajas de la vía que defendemos y que nos brinda con la amabilidad que le es característica observaciones para proseguir en la tarea emprendida, nos confiaba no há mucho a nuestro cuidado una enferma portadora de un quiste supurado del ovario, del tamaño de una naranja, de un voluminoso hidrosalpinx y de una bartolinitis supurada.

Esa enferma, que fue vista por distinguidos ginecólogos que nos escuchan en este mo-

mento y que con anterioridad habían propuesto el tratamiento operatorio por la vía alta, encontraron de parte de la enferma una decidida oposición a ser intervenida por esa vía. Y bien: las neoplasias todas fueron extirpadas con la cooperación de los doctores Imaz y Otamendi. Vamos a condensar en breves líneas el postoperatorio de esta enferma. Al día siguiente vemos a la operada, al ingresar a su habitación en compañía de los colegas ya citados, de pie en el lecho, trasladarse sin ayuda a la mesa de operaciones para retirarle el drenaje dejado; en la tarde de ese mismo día la paciente se sienta en la cama; al tercer día se la prescribe un purgante, y al cuarto se levanta para efectuar su *toilette*, y a los quince días es dada de alta completamente curada. Hemos visto a la intervenida por vía vaginal un mes más tarde al de la fecha de la operación, entregándose en las tablas de uno de los proscenios de nuestros teatros, a ejercicios coreográficos desempeñados con igual maestría que en los pasados tiempos.

El doctor Arturo Uriarte, Jefe de sala del Hospital Fernández, que nos envía de continuo enfermas para ser sometidas a intervenciones quirúrgicas, ha podido igualmente evidenciar las ventajas de la vía baja; entre esas

enfermas figura una que creemos necesario dar a conocer su historia clínica, pues es una prueba demostrativa de la superioridad en determinados casos, de esa vía. La paciente ingresa a nuestro servicio atacada de una violenta crisis producida por un piosalpinx doble, de naturaleza gonocócica; el tratamiento médico instituido no modera en nada la violencia del proceso inflamatorio, y ante la inminencia de una difusión del mal, se nos propone la intervención, que aceptamos. El examen bacteriológico de los flujos vaginales demuestra la existencia del germen productor de la lesión. La colpotomía posterior llevada a cabo para la extirpación de la doble lesión supurada se realiza bajo anestesia raquídea a estovaína; los accidentes que se producen durante el acto operatorio ponen a prueba la eficacia de la vía, y los resultados que se obtienen los clasificaremos con el término que, con justa razón en estos casos, los autores Faure y Sidere han llamado *verdaderas resurrecciones*.

Hemos dicho accidentes durante el acto operatorio; en efecto, ambos piosalpinx exteriorizados en la vagina se rompen, y el contenido baña abundantemente el órgano; pero aún más, quizás por la mala calidad o pequeña dosis del opio ingerida por la enferma o

bien por la acción del medicamento anestesiante, la operada defeca abundantemente, impregnando todo el campo operatorio. Se procede a cambiar todas las compresas que delimitan la zona de intervención; luégo con gasas impregnadas en éter sulfúrico anestésico se efectúa la limpieza del campo operatorio, se deja amplio drenaje y la enferma se coloca sentada en el lecho. Al día siguiente la temperatura inicia su descenso, y paulatinamente de los 39.5 que alcanzó antes de ser intervenida, llega en breve lapso de tiempo a la normal.

Contamos en nuestro haber toda una serie de desviaciones uterinas que han sido favorablemente modificadas por diversos procedimientos realizados por vía vaginal. Y como una comprobación de esos resultados, os podemos adelantar que a fines del presente mes ha de ingresar a la clínica obstétrica del Hospital Fernández una embarazada a término, en que sus dos anteriores gestaciones fueron interrumpidas por la desviación adherente que, corregida, ha permitido que la presente gestación alcance hasta el término normal.

El doctor José B. Martínez, Jefe de un servicio en el hospital en que actuamos, nos ha ofrecido la oportunid de llevar a feliz término



intervenciones conservadoras las unas, radicales las otras, sobre lesiones uterinas y anexiales, y entre estas últimas debemos recordar la extirpación de un voluminoso quiste hemático por colpotomía posterior, bajo anestesia raquídea suministrada por el doctor Martínez y con la cooperación durante el acto operatorio de su Jefe de clínica, el doctor Francisco Faberio.

Las dos observaciones que nos place daros a conocer ponen en evidencia que no fue obstáculo al éxito resultante a la intervención realizada por vía baja, el que esas enfermas hubieran sido sometidas anteriormente a colpotomías. Una de esas observaciones ya la hemos mencionado en una anterior reunión celebrada en esta Sociedad; se trataba de una paciente intervenida há dos años por el profesor Zárate, para la extirpación anexial de una neoplasia ovárica; un año más tarde, examinada por nosotros, comprobamos la existencia de una gestación tubaria; causas ajenas a la voluntad del doctor Zárate no le permitieron examinar esa enferma que le habíamos enviado; a nuestra indicación ingresa nuevamente a nuestro servicio, y en ese mismo día se produce la ruptura tubaria cataclísmica con la ruidosa sintomatología que le es característi-

ca; y bien, declaramos que para la realización de intervención por vía baja, no fue obstáculo el antecedente de la operación anterior; la curación se obtuvo en breve lapso de tiempo.

La segunda observación atañe a una joven enferma enviada por nuestro colega el doctor Ramón Collazo, a fin de ser intervenida por vía baja. La paciente, portadora de un piosalpinx izquierdo y ovaritis poliquística derecha, es poseedora de un útero grande que más tarde el examen anatomopatológico comprueba tratarse de un fibroma; deseando ser lo más conservador posible, por el tratamiento quirúrgico extirpamos por vía baja los anexos del lado izquierdo, efectuamos resección parcial del ovario derecho y respetamos al útero; el postoperatorio no presenta accidente alguno. Un año más tarde esta enferma inicia un período de crisis dolorosas que se acompañan de hemorragias uterinas profusas; nuevamente examinada, comprobamos la existencia de una lesión salpingiana inflamatoria y de un útero aumentado aún más de tamaño; el tratamiento médico impuesto fracasa; resuelta la intervención, y efectuada la operación más tarde, declaramos que no fue obstáculo alguno para el acto operatorio el antecedente de la colpotomía anterior. Esta enferma ocupa actual-

mente la cámara número 25 de nuestro servicio, y ha sido histerectomizada; a los diez días ha abandonado el lecho, y hoy, a los quince de la intervención apirética desde el primer día de la operación, se encuentra en perfectas condiciones.

Cuando con los progresos de la técnica y el adelanto metódico entreveíamos en breve tiempo la posibilidad de efectuar la resección del apéndice en el curso de intervenciones realizadas por vía baja para la curación de ciertos procesos anexiales, y cuando nuestro Jefe de clínica anunciaba que en breve el hecho sería una realidad, una sonrisa de incredulidad asomaba a los labios de los que no tienen noción de lo que puede realizarse por la vía baja. Entendemos que no es una novedad al manifestaros que las afecciones de los anexos derechos, se hallan ligadas, en numerosas observaciones, al apéndice, y que la apendicectomía ha sido llevada a feliz término por vía baja, anotándose la comunicación de Soboleff al X Congreso Internacional de Ginecología, como la más numerosa de las estadísticas publicadas.

No deseamos fatigar vuestra atención con la prolongación de esta revista de casos intervenidos por vía vaginal; pero para poner un

fin permitidme que en breve reseña os demos a conocer cuál ha sido nuestra conducta y cuáles han sido los escollos que hemos tenido que vencer.

El lema que siempre hemos tenido presente es el axioma de Ott: «El método vaginal no debe ser únicamente el empleado, lo contrario, sería desacreditarlo.»

Nuestros principios han sido con base de camino realizado con pie de plomo, pausadamente, sin precipitaciones, iniciando la vía con los procesos uterinos anexiales no inflamatorios, ocupándonos pues de preferencia en las lesiones que actuaban desviando al útero o de las que exigían la ignipuntura del ovario; más tarde ocupaban nuestra atención las resecciones parciales de trompas y ovarios, y más tarde aún, en un grado creciente histerotomías conservadoras para la enucleación de fibromas submucosos o intersticiales y en un plano superior en esas mismas neoplasias, el tratamiento radical hasta alcanzar el límite máximo fijado por el malogrado profesor Segond, el vaginalista de la Francia, es decir, hasta la línea umbilical. La reciente tesis inaugural del doctor Fidel R. Alsina muestra diez casos intervenidos durante el tiempo transcurrido en el presente año, en la que al par que se aprecia

la conducta seguida, se revelan los resultados óptimos obtenidos.

Nuestra conducta ha sido siempre la de procurar establecer con un diagnóstico preciso la vía del tratamiento. Y para llegar a la meta de lo que consideramos el obstáculo mayor para realizar por vía vaginal, como son los procesos inflamatorios anexiales purulentos o nó, pero fuertemente adherentes a los órganos vecinos, hemos tenido que recorrer un largo camino.

La vía no es posible ensayarla sin hábitos operatorios, y al respecto, en una de las publicaciones sobre la vía vaginal, decíamos: «Un primer consejo debemos dar a los que se inician en la vía vaginal; ella debe ser tan sólo patrimonio de aquellos ginecólogos que tengan una experiencia ya formada de las intervenciones realizadas por la vía alta, conocimientos adquiridos merced a muchas laparotomías efectuadas.

«Es menester tener siempre presente que el acto operatorio por la vía vaginal, los beneficios todos suman a favor de las enfermas en detrimento del operador, y que esa vía exige de su parte mayor contracción, mayores conocimientos y una dosis aún mayor de dominio sobre sí mismo. Es de importancia

capital tener en cuenta que para llegar a la cumbre se requieren aptitudes especiales, como las del malogrado y habilísimo operador frances Segond, aptitudes que no ha menester tenerlas para ser un buen operador por la vía alta.»

Próximamente el número de nuestras intervenciones alcanzará a la cifra de doscientas.

¿Qué accidentes se han producido? Contamos una sola defunción treinta días después de realizada la intervención; podemos afirmar que su causa no estriba en accidentes nacidos en el acto operatorio, e inculpándonos este solo caso fatal, nuestra mortalidad alcanza a 0.50 por 100. Hemos tenido una fístula vesicovaginal producida algunos días después de la intervención al efectuar un drenaje por un hematocoele, fístula que cura espontáneamente, como es de regla, una semana más tarde. Se han producido en algunas operadas hematomas en los fondos de saco vaginales que no han hecho sino demorar algunos días la curación definitiva, pero que en ningún caso han comprometido los éxitos de la vía vaginal.

Jamás en el curso de las intervenciones realizadas han sido heridas la vejiga, el recto, ansas intestinales, los uréteres. Nunca hemos tenido hemorragias, pues la ligadura de nues-

tros pedículos, así como la de los vasos, han sido perfectos. La mayoría de las intervenciones se han realizado bajo anestesia raquídea, y las restantes, con éter suministradas con el aparato de Ombredanne.

Colegas: las objeciones que me podréis hacer, manifestándonos que por la vía alta en algunos procesos que debemos atacar, es más visible; lo doy por sabido. Que con la incisión de Fanestil no se producen eventraciones, lo doy por sentado. Que la hemostasia puede realizarse más directamente, más energicamente si se quiere, no me diréis con ello nada nuevo. No olvidéis que en los casos que lo creemos conveniente somos tan abdominalistas como vosotros.

Pero a todo lo manifestado os respondemos: que cuando comparamos nuestra propia estadística de diez años de vía alta, cuyos resultados, si bien no la consideramos superior a la vuestra, tampoco en manera alguna inferior; y cuando recordamos que en ella empleamos una técnica la más perfecta, los resultados obtenidos por la vía baja, con una técnica que todavía no nos satisface y que a no dudarlo hemos de ir perfeccionando, declaramos: que los resultados inmediatos y lejanos de la vía baja son indudablemente superiores a los de la vía alta.

Señores: es un acto de estricta justicia el manifestaros en esta inhábil defensa que hemos hecho de la vía vaginal, el nombre de mis colaboradores a quien corresponde mucho de los éxitos conseguidos, a mi inteligente y preparado Jefe de clínica el doctor Bartolomé Calcagno, en primer término, al del ex-alumno señor Ricardo Malbrán, el de los practicantes señores Roberto Gandulfo y Teófilo Rosende que me acompañan con todas las energías y con todos los entusiasmos de su edad juvenil.

(De *La Semana Médica* de Buenos Aires).

---

## *Bibliografía*

### Geografía médica y patología de Colombia.

#### CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES

(Por el doctor LUIS CUERVO MARQUEZ, ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Profesor de la Facultad de Medicina, Delegado de Colombia a los V y VI Congresos Médicos Pan-americanos etc., etc. Nueva York).

Con placer registra la *Revista Médica* la aparición de esta importante obra, que hace honor al país, debido a la pluma del ilustrado