

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV | Bogotá-Colombia S.A. Febrero - Marzo 1935 | N. 522-23

ALGUNAS CONSIDERACIONES

CON MOTIVO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL, Y A MANERA DE PROLOGO

Por el doctor Manuel José Luque.

La histerectomía con anestesia local.

No sabríamos decir con exactitud cuánto tiempo hace que se ejecuta la histerectomía vaginal. Doyen, en su "Technique Chirurgicale", la atribuye a Andreas a Cruce en forma tal, que hace 374 años que ella se realiza (desde 1560). Con todo, en la historia de "La Medicina", Paul Diepgen afirma que mucho después Estruve, discípulo de Oslander, aconsejó, también por primera vez, la histerectomía vaginal completa, siendo discutible si en realidad la llevó a cabo o nó, y el mismo autor agrega estas palabras: "La intervención fue efectivamente ejecutada en 1822 por J. V. Sauter de Constanza y más tarde por otros; sin embargo, fueron tan deficientes los resultados, que pronto volvió a abandonarse esta operación". Parece que la mayor dificultad con que tropezara hubiera sido la hemostasis; problema que resolvió llenando la vagina con aserrín y formando de esta suerte una especie de tapón.

Respecto de mortalidad, cuenta Pozzi que Sauter hizo su primera histerectomía vaginal por cáncer, pero que después de ese su único éxito, tuvo once muertes en once operaciones practicadas "y la lista completa de las víctimas, sin duda no ha sido publicada".

Llevada a efecto en épocas ya muy lejanas, sin que nos haya sido posible establecer con seguridad perfecta la indicación operatoria, a medida que se avanza vamos hallando su aplicación con diversas finalidades. Fue Choppin, en 1867, quien practicó por primera vez la histerectomía vaginal para prolapsos uterinos no complicados de gangrena o de cáncer; en 1881 la empleó Kottman para fibromas uterinos; un año más tarde Pean describió la técnica y los diversos tiempos, le dió como fundamento la fragmentación de la matriz y un lustro después la

usó para el tratamiento de las anexitis; Duret, con motivo del Congreso de Génova, a propósito del prolapso uterino, hizo un estudio de ella; Segond, quien la describió y adoptó con el nombre de "Vaciamiento Conoide", en la miomectomía vaginal, alcanzó maravillosos resultados; para el cáncer del cuerpo del útero fue indicada por Krükenberg; en fin, largo y un poco ajeno a la finalidad de nuestro propósito sería entrar en disquisiciones de orden histórico. Baste con citar esos datos para convenir en la imposibilidad de aportar nuevos conocimientos en la técnica, o en las indicaciones, en operación que se viene ejecutando ya casi para cuatro siglos.

Lo natural sería ahora citar el nombre del iniciador de la histerectomía vaginal en Colombia. Los informes obtenidos han sido contradictorios y en el temor de consignar un error, nos abstenemos de ello. Todavía más: aun el lugar en donde se llevó a cabo es muy difícil descubrir; hay quien sostiene que Medellín fue el sitio de su iniciación; no falta quien la atribuye a la Costa Atlántica, y la mayoría de los profesionales bogotanos, con fechas aproximadas en cuanto a su realización, le dan el honor a la Capital de la República.

Existe el hábito, no solamente aquí sino entre escritores extranjeros, de concebir una idea y encaminar a ella los resultados de la experimentación o las conclusiones de la lógica. Visto el fin, conducen toda labor hacia aquello que pueda respaldarlo. No es esa nuestra conducta. Queremos, a propósito de la histerectomía vaginal, exponer el fruto de nueve años de trabajo continuo, intenso, y presentar luego lo bueno y lo malo que a ella se pueda referir.

Hemos mencionado la dificultad, por no decir la imposibilidad, de agregar nociones nuevas en la técnica y en las indicaciones. Mas, las circunstancias de haberla ejecutado cien veces hasta el momento de hacer este trabajo, motivo que permite deducir y establecer la relación a ciento de modo matemático; el haber seguido paso a paso, en nuestro servicio del Hospital de San José, a cada una de las enfermas desde la llegada hasta la salida de él; el haber anotado minuciosamente todos los detalles y, finalmente, la razón de gran valor de haber empleado en la mayoría de ellas la anestesia local, procedimiento, pudiéramos decir, desconocido entre nosotros y sobre el cual queremos llamar la atención; todo ello, decimos, hace concebir la esperanza de presentar resultados netamente nuestros y esa la razón que incita a tomar este tema como trabajo original, que respetuosamente sometemos a la consideración de la Academia Nacional de Medicina.

Extraño, sin duda, ha de parecer que con motivo de la histerectomía vaginal expresemos algunas opiniones sobre estadística. Es que, a propósito de ella, no nos ha sido posible encontrar datos completos que ayuden a nuestra exposición. Conversando con diversos cirujanos sobre su experiencia y concretándolos al número, enfermas, edades,

indicaciones técnicas, etc., no hemos tenido la fortuna de hallarlos. Con honradez se nos responde: “la histerectomía vaginal, la he hecho muchas veces, mas no sabría decirle cuántas”; ¿con eso se pueden sacar conclusiones? Mas, no siempre es así. Existen establecimientos donde se lleva una anotación general; ya es bastante. En ellos se encuentran algunos datos, pero no es posible hallar elementos distintos de los resultados globales. Se ignora de esta suerte, el método que se siguió para practicar la intervención, las complicaciones que se presentaron, las causas que obligaron a modificar determinada técnica, etc.

Entre los más gratos recuerdos de mis estudios médicos conservo la forma como el Profesor Rafael Ucrós llevaba la estadística. En ella fundaba el orgullo de su clínica y a fe que tenía razón. Ese ejemplo conmovió mi espíritu de manera tan honda, que desde que tuve que anotar, día a día, en el Hospital de San José, dejó detallada constancia de los casos, como uno de mis más gratos placeres.

La estricta anotación, como base para deducir, será en nuestra opinión la única manera de hacer medicina colombiana. Cuando concurríamos al Hotel Dieu, en París, nos explicábamos cómo el Profesor Hartmann había realizado tamaña obra científica, si su mejor empeño consistía en dejar constancia, detalle a detalle, de cuanto observaba en sus enfermos y en sus operaciones.

Morgagni, el célebre médico y anatomista de Padua, escribía: “No hay otra vía para encontrar la verdad en medicina, que la de reunir gran número de descripciones, ya de enfermedades, ya de autopsias, y compararlas entre sí”. La estadística, extraordinariamente desarrollada en Francia por los alumnos de Bichat en los comienzos del siglo XIX hizo los cimientos de la medicina científica. Laennec, Dupuytren, Cruviellier, para no citar sino a ellos, no fueron sino anotadores geniales que durante el siglo a que nos hemos referido sentaron las bases de la Patología Moderna.

Perdonadme un reproche, que no quiero personalizar, pero que grita a mi conciencia: ¿en qué cumbre estaría la medicina de Colombia si los maestros de la cirugía, o de la clínica, hubieran anotado los casos que juzgaron de interés y de los cuales podríamos aprovecharnos todos? ¿Cómo queremos tener perfecto conocimiento de modalidades colombianas estudiadas en libros franceses! ¿Qué fundamentos poseemos, que no sean empíricos, para saber si la cirugía avanza, retrocede o permanece estacionaria?

Miramos con orgullo ciertas operaciones que no se ejecutaban hace algunos decenios y sabemos sobradamente que sin la cirugía, muchos seres que viven hubieran terminado irremisiblemente. ¿Pero conocemos cuántos habrán fallecido porque no supimos o no nos atrevimos a ejecutar determinada intervención? ¿Tendremos certeza de que aquí realizamos lo que se hace corrientemente hoy en el mundo científico? Ven-

ciendo la rutina, en todas las ramas de la cirugía, aprovechamos todos los recursos; somos igualmente audaces y operamos con la misma habilidad matriz que cerebro, apéndice que esófago? ¡Quién sabe! Y en la duda estaremos mientras no anotemos diaria y continuamente, si no comparamos resultados de años con años, casos felices y casos desgraciados. Me temo, eso sí, que la realidad de las cifras pudiera darnos desengaños.

Ahora, si presumo equivocadamente, que ojalá así lo fuera, si los resultados de nuestros esfuerzos son iguales o superiores a prestigiosos centros quirúrgicos, ¿porqué no apoyamos esos mismos esfuerzos en el cimiento de los números? ¿Porqué no les damos base de sustentación? “La complejidad de los problemas de la medicina es tal —ha escrito Lencene— que sólo aquellos que hacen anotación cotidiana y precisa, hasta el fin de su vida, son capaces de juzgar los fenómenos morbosos”.

Mas no nos desviemos del motivo de nuestro trabajo y consideremos el género de afecciones que indicaron la histerectomía vaginal.

Fueron, en orden ascendente:

Anéxitis	4
Fibromas uterinos	5
Cánceres	15
Prolapsos	76

Suma	100
------------	-----

En ese mismo orden expondremos nuestras anotaciones, haremos algunos comentarios sobre las complicaciones de la histerectomía vaginal y al final, describiremos la técnica que hemos seguido para la histerectomía vaginal ejecutada con anestesia local.

Convencidos de que los esquemas y los dibujos de cualquier orden que sean hablan a la imaginación y a la inteligencia muchísimo mejor que las frases, y a fin de hacernos comprender lo mejor posible, ilustramos este asunto con cinco figuras hechas por nosotros, así:

Primera.—Infiltración peri-vulvar. Dibujo a pluma en el cual hemos querido representar la manera de insensibilizar la región, con sólo dos inyecciones, únicamente teniendo cuidado de variar la dirección de la aguja en los lugares simétricos en que las hemos colocado.

Segunda.—Ganglio hipogástrico y manera de abordarlo (esquemático). En esta acuarela hemos tomado como guía un dibujo de Testut, dibujo que hemos modificado tanto en su tamaño como en algunos detalles, a fin de hacerlo aplicable a nuestro objeto.

Tercera.—Esquema del camino que recorre la aguja para aplicar la inyección. Este dibujo, muy pequeño y muy imperfecto, apareció en “L’Avenir Médical”. Nosotros, conservando su carácter esquemático, quizá lo hemos hecho más comprensible.

Cuarta.—Nervios sagrados, nervios uterinos y ganglio hipogástrico. El original de esta figura pertenece a Frankenhauser. En élla, cuya finalidad ha sido representar el ganglio en cuestión, lo hemos querido hacer resaltar, y por ello dibujamos de manera secundaria el resto de la figura.

Quinta.—Sitio donde debe aplicarse la inyección en caso de prolapso. Dibujo a pluma nuestro, hecho para mostrar, en el descenso uterino, el lugar donde debe colocarse la inyección.

También colocamos entre las ilustraciones un gráfico que representa la frecuencia de la histerectomía vaginal en relación con las edades.

Varias observaciones, muchas de ellas etiológicas.

Para lograr cien histerectomías vaginales en el servicio a mi cargo del Hospital de San José, fue necesario ejecutar 1488 operaciones en total. De esta suerte, esa intervención está en relación de 14,88 por 100.

En conjunto, histerectomías totales, subtotales, perineales, fúndicas y vaginales, se hicieron 315 hasta alcanzar las 100 vaginales que estudiamos.

La indicación habitual se observa en mujeres mayores de 40 años. El cuadro que resume este trabajo, muestra que en los 100 casos tomados hay 64 enfermas que pasan esa edad. La razón de su frecuencia se comprende si reflexionamos que 76 veces la hicimos por prolapso, afección de pacientes envejecidas, que han entrado en la época de la menopausia.

33 enfermas estaban comprendidas entre 40 y 50 años.

26 enfermas estaban comprendidas entre 31 y 40 años.

21 enfermas estaban comprendidas entre 51 y 60 años.

10 enfermas estaban comprendidas entre 21 y 30 años.

10 enfermas estaban comprendidas entre 61 y 70 años.

El máximum de operaciones se presenta a los 40 años.

La de mayor edad tenía 66 años (operada por prolapso).

La más joven, 23 años (operada por fibroma).

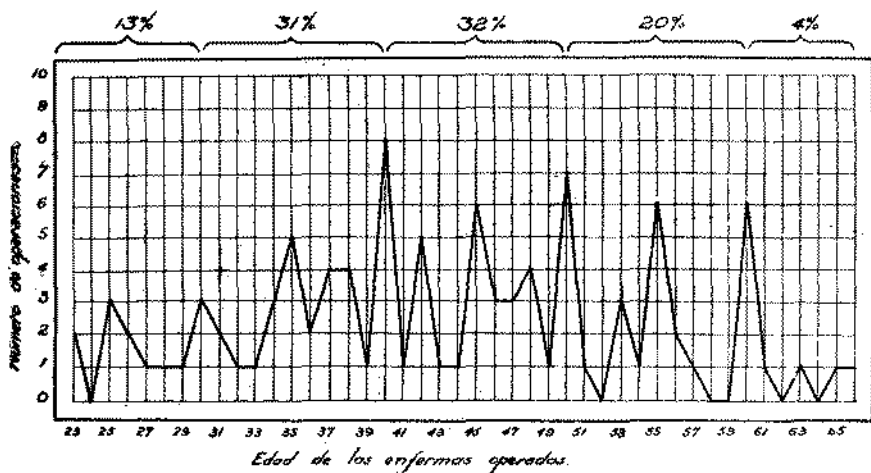
Las enfermas permanecen en el servicio un promedio de 20 días. La que más rápidamente sanó estuvo una semana, y la cicatrización más tardía fue de 46 días, por anexitis.

De Bogotá se operaron 16 enfermas y el resto se distribuyeron en distintas poblaciones de la República, como se verá en la lista que colocamos al final.

Tuvimos una mortalidad global de 6 enfermas. De éstas, imputables al acto quirúrgico, 4.

Nosotros hemos creído siempre que nada ilustra tanto como el análisis de los casos desgraciados. Las muertes, cualesquiera que sean las causas, estudiadas debidamente, buscando el motivo, dejan en nues-

GRAFICO QUE REPRESENTA LA FRECUENCIA, EN RELACION CON LA EDAD, DE CIENTO ENFERMAS OPERADAS DE HISTERECTOMIA VAGINAL.



tro espíritu una huella imborrable y la firmísima intención de evitar en lo posible el error que pudo motivarlas. Ahora, no podemos comprender cómo, por temor de la crítica, en el ambiente científico, se tenga honradez profesional refiriendo los éxitos pero ocultando los fracasos. Unos y otros son la resultante de la misma intención, ambos son originados por la misma mano. Alguno de nuestros maestros, gran cirujano y psicólogo eminente, decía esta verdad, al parecer de Pero-Grullo: "Para no tener muertes hay que no tener operaciones".

En acuerdo con esas consideraciones, veamos las defunciones:

Primer caso: muerte por peritonitis postoperatoria, nueve días después de la intervención.

Segundo caso: V. D., de Guatavita, casada, entró al servicio el 2 de septiembre de 1930 y es historia por demás interesante por tratarse, como si dijéramos, de un ejemplo típico en la etiología del prolapso. Persona de 30 años, se ocupaba en vender, según decía, "en una tienda de chicha". Es decir, permanecía casi todo el día en posición de pie, factor etiológico predisponente; tuvo siete hijos y en uno de sus partos una desgarradura, segundo factor del mismo orden. Su aspecto general era el de un organismo agotado, anémico, de tejidos sin consistencia, elemento de grande importancia, por no decir esencial, en el prolapso.

Al examen objetivo hallamos una matriz ligeramente descendida, móvil, de cuello entreabierto, fondos de saco libres y en franca retroversión. En tal situación, el 8 de septiembre del año citado, con inci-

sión transversal, separando los músculos rectos anteriores hicimos una operación de Dártiguez que al parecer satisfacía plenamente. La herida se supuró y en el servicio permaneció mes y dieciocho días hasta salir por curación aparente. El 29 de octubre del mismo año regresó de nuevo al pabellón exactamente en las mismas condiciones y con idénticas dolencias que antes de la intervención: dolores a la micción y en la región lumbar, tenesmo vesical, malestar abdominal, que aliviaba en el decúbitus ventral y con signos objetivos de retrodesviación, complicada de prolapso. El estado de desesperación, digámoslo así, en que se presentó, así como la exacta reproducción de su dolencia, la incitaban a pedir la extirpación de su matriz como recurso único, que ella juzgara eficaz.

A pesar del agotamiento en que se hallaba cedimos a su exigencia y el 30 de octubre hicimos la histerectomía vaginal, rápidamente y sin contratiempo alguno. Los primeros siete días transcurrieron de modo absolutamente normal. Luégo aparecieron diarreas y vómitos, la orina se volvió escasa y la micción dolorosa, el carácter se tornó irritable y en tales circunstancias, el 14 de noviembre, el Jefe de Laboratorio, doctor Palacios, al analizar las orinas, encontró "abundante" pus y 2 y medio gramos de albúmina.

En esa situación, todo nuestro cuidado se encaminó entonces a combatir el estado urinario y ocho días más tarde, en un análisis ejecutado también por el doctor Palacios, el 22 del mismo mes, se halló que la albúmina descendía a 1,30, que había desaparecido el pus, pero continuaban los cilindros hialinos y los gérmenes.

Esta ligera reacción no persistió; la orina cada vez disminuía, la diarrea, el vómito y la excitación nerviosa dominaban el cuadro. El 27 de noviembre entró en coma, del cual no salió, y tres días después terminó con la muerte en una franca uremia. ¿Fue ésta consecencial a la larga supuración ocurrida con su primera operación? ¿Sería una pielonefritis ya existente, esbozada apenas, que se recrudeció con las dos anestias y las dos intervenciones en un organismo debilitado?

Tercer caso: muerte por celulitis pelviana, ocho días después de la operación. Cáncer del cuello.

Cuarto caso: en éste se trataba de una enferma de 38 años, madre de cinco hijos, hospitalizada en enero de 1932, y operada el 9 del mismo mes. Tenía un cáncer del cuello. La histerectomía vaginal fue un tanto laboriosa por la fragilidad de los tejidos. En los días siguiente y subsiguiente tuvo un estado general muy bueno: sin fiebre, sin vómito. La gasa vaginal que se deja después del acto operatorio no presentaba huellas de hemorragia. Se cambió a las 48 horas. A las 7 de la noche se observó la curación seca. A las dos de la mañana se presentó vómito verdoso, no muy abundante, pero persistente. Al día siguiente la enferma estaba sumamente demacrada, pulso rápido y débil, lengua seca.

sensibilidad superficial del abdomen, dolor espontáneo en el bajo vientre, no había meteorismo y apareció sangre en la mecha vaginal.

En un principio dudamos entre la peritonitis y la hemorragia interna, pero luego nos inclinamos a esta última idea, ante la evidencia de la mecha vaginal. Aplicamos coagulantes, tónicos, suero en pequeña cantidad y la enferma se agravaba. En esa situación pensamos en intervenir, pero sin darnos tiempo de ir a la mesa operatoria, sucumbió.

En el ánimo de investigar la causa de la muerte, debíamos hacer la autopsia, pero encontramos con el inconveniente de que tenía dolientes. Fue necesario aprovechar la noche y a las 12, en compañía del doctor Montero Torres, la realizamos. Al hacer la laparotomía infraumbilical salió un líquido seroso, no muy abundante y de mal olor. Dirigimos la mano a la cavidad pelviana y encontramos las asas de dicha región ligeramente dilatadas y con algunas adherencias; más hacia la profundidad de la cavidad, contra los muñones de la histerectomía, se halló un líquido sero-hemático fétido. Al raspar y enjugar con la compresa salió empapada en el mismo líquido y con bastantes coágulos de sangre. Posiblemente había muchos más ocultos entre las asas, pero los inconvenientes de la sala de autopsias en el curso de la noche, mal iluminada, hacían imposible una observación más rigurosa.

Quinto caso: es el de una mujer de 47 años, hospitalizada por prolapso y operada el 29 de julio de 1932. La intervención solamente tuvo de especial que la anestesia local no obró bien y fueron necesarias algunas inhalaciones de éter. Después de ellas se presentó una profusa diarrea y un dolor violentísimo en la región mastoidea izquierda. Este se acentuaba cada momento, la enferma se edematizó, la paciente entró en un estado de subdelirio con manifestaciones agudas de otitis y sucumbió con síntomas meníngeos a los ocho días de su intervención, sin dar tiempo para trepanar.

Sexto caso: mujer de 60 años, hospitalizada el 24 de julio de 1933 por prolapso uterino. La matriz descendía a su máximo, con la vagina ulcerada. Persona anémica, que tosía frecuentemente. Era natural de La Paz y vecina de Mariquita, climas ambos palúdicos. El acto operatorio fue sencillo y sin accidente alguno. A las 24 horas se le cambió la mecha vaginal y desde ese día se presentó fiebre alta, congestión de la cara, fatiga y disnea. Pulso de 110 por minuto. Se administraron expectorantes y tónicos del corazón sin efecto alguno, porque siguió decayendo con taquicardia y alta temperatura. Luego hubo ligera expectoración y aparecieron focos diseminados congestivos en ambos pulmones. Finalmente todos los síntomas de una bronconeumonía se pusieron de presente, y fue tratada como tal. Fue inútil toda medicación y la enferma murió el 3 de agosto.

En resumen, solamente cuatro de las muertes son imputables a la operación. De las dos últimas tenemos la impresión de que, ni la

otitis ni la neumonía pudieron ser influenciadas ni por los prolapsos ni por la histerectomía vaginal. Es decir, que sin la intervención muy seguramente también hubieran muerto.

Quedarían una uremia, una hemorragia, una peritonitis y una celulitis polviana; estas dos últimas atribuibles, sin duda, al acto operatorio. Pero tenemos que decir que no existe cirujano del abdomen que haya librado a todas sus enfermas de esa complicación. Ni es evitable, siquiera, porque aún con los más solícitos cuidados no podemos ponernos al abrigo de un desliz imprevisto en la esterilización, de un error en la desinfección, defecto que se paga con el alto precio de la vida.

Respecto de la uremia tal vez nos hubiéramos evitado esa muerte si no accedemos a la súplica de la enferma, de quitarle su prolapso. Pero es que hay que convenir en que, así como se ven pacientes que lo toleran por meses y aun por años, existen en cambio otras para quienes es una verdadera tortura, y en nuestro caso, a las incomodidades de su lesión, se agregaba la mortificación del fracaso en la histeropexia que habíamos ejecutado.

Con la muerte por hemorragia secundaria debemos recordar que se trataba de un cáncer, en el cual no es posible determinar hasta dónde se pueden extender las alteraciones y la resistencia de las paredes arteriales. Una ligadura que se reabsorbe en una arteria turbada en su consistencia, posiblemente invadida por la degeneración, es una amenaza de hemorragia que en un momento dado se puede transformar en realidad.

El hecho de haber intervenido más para prolapsos, de hallarlos con frecuencia extraordinaria, nos hace pensar en una causa racial, que obrara en nosotros de manera particular y que disminuyera la resistencia y seguramente hasta la misma vitalidad de los tejidos. Agreguemos a eso todos aquellos factores conocidos y que son elementos de su formación, como desgarraduras, esfuerzos, etc., y así comprendemos el interés de este estudio.

Nuestro maestro, el Profesor Rafael Ucrós, comparaba los prolapsos a las hernias, y en verdad, así es; sólo que, como lo anota Hart, en éstas existe un contenido frecuentemente móvil, en tanto que el descenso uterino es relativamente estable.

Pozzi, siguiendo la comparación con las hernias, distingue los prolapsos por fuerza y los prolapsos por debilidad. Pensamos que en la clientela hospitalaria esa división sería artificial. Los esfuerzos de todo orden en gentes debilitadas hacen que los elementos citados se combinen de muy diversas maneras. La mala calidad de los tejidos en general salta a la vista. Fijémonos en los senos caídos de las mujeres del pueblo, ya desde muy corta edad; en los estómagos; los cólones; los hígados descendidos; los riñones flotantes; veamos simplemente la sola piel que forma arrugas y en ocasiones verdaderas cortinas en el abdo-

men; en los mustos, etc. Taras de diversa índole, tal vez nuestro abandono absoluto en materia de ejercicios que fortalezcan el sistema muscular, defecto transmitido de generación en generación; nuestro metabolismo viciado, el hábito de la chicha, tan extendido por desgracia; la insuficiencia en la alimentación; los excesos de todo orden, pueden ser causas para alterar la resistencia celular y motivos que explican sobradamente los prolapsos. A estas consideraciones agreguemos los partos mal atendidos y las desgarraduras perineales no suturadas o imperfectamente reparadas. En la clientela civil que se tiene mayor cuidado y sin que se pueda dar la comprobación de la cifra, tenemos la impresión de que el prolapso reviste una frecuencia menor.

De las anexitis.

No obstante la autoridad de Pean, los éxitos de Munde, las estadísticas de Bouilly, la brillantez con que nuestro maestro, el Profesor Bumm trataba la anexitis con la histerectomía vaginal, nosotros rechazamos esa operación, con ese objetivo. Quizás en casos demasiado concretos, en el ánimo de dejar una brecha amplia, eficaz para el drenaje, pueda usarse reemplazando a la colpotosía.

Es necesario recordar qué cosas son las inflamaciones anexiales que de ordinario tenemos que tratar. O por mejor decir, no las anexitis, sino la enfermedad así denominada, tomando la parte por el todo. Porque en parecidas circunstancias hacer una laparotomía infraumbilical equivale a encontrar una masa irregular, de consistencia variable, adherida a las paredes, prendida a órganos que casi no se pueden adivinar, en donde las partes del intestino delgado que caen al bacinete y el delantal epiploico contribuyen a formar un bloque; eso, preguntio, ¿será lógicamente una anexitis? ¿No están allí, junto con los ovarios y las trompas, recto, vagina, apéndice, epiplón, intestinos, matriz, ligamentos, en fin, cuanto pueda hallarse en la pelvis? ¿No hemos encontrado muchas veces un conjunto de órganos, membranas, tejidos disociados y pus tan abundante que hemos visto llegar hasta el ombligo? Vecino de este sitio tuvimos una enferma que vació espontáneamente por la piel una enorme supuración anexial. Porque hay que advertir que en las gentes de nuestro pueblo no existe el buen sentido de acudir al hospital cuando las dolencias comienzan, de suerte que para ellas, y dada la extensión de las lesiones, no queda más recurso que la cirugía altamente mutilante. Veamos dos ejemplos.

A. C. (observación N° 188), natural de Choachí y vecina de Anolaima, de 35 años de edad, sirvienta, entró al servicio el 16 de febrero de 1928. Hacia tres años pacientemente toleraba dolores en la fosa ilíaca derecha, fenómenos digestivos y fiebre intermitente. La aparición de agudas dolencias en la vejiga, soportadas por cuatro meses, fue la cau-

sa que la obligó a pedir entrada al hospital. Era una mujer pálida, excesivamente anémica, enflaquecida. Por demás está el hablar de que al examen local hallamos ocupados los fondos de saco vaginales, dolorosa e inmóvil la matriz, en una palabra, los síntomas inequívocos de la anexitis doble.

Hecha la operación el 23 de febrero del mismo año, encontramos tal cantidad de adherencias, tan unidos entre sí los órganos pélvicos, que fue absolutamente imposible vaciar el pequeño bacinete sin arrancar una considerable porción de la vejiga. Cosimos en dos planos la brecha abierta en ella, colocamos sonda, drenamos, peritonizamos hasta donde fue posible y finalmente se cerró lo que juzgamos necesario. Cuatro días más tarde por la herida abdominal empezó a filtrar orina, escasa primero, abundante después. Persistimos en dejar la sonda vesical hasta que poco a poco, a los 43 días, salió del servicio por completa curación.

Veamos ahora un segundo caso:

R. A. B. (observación Nº 177), tuvo por tiempo considerable manifestaciones gastro-intestinales, calofríos, fiebre intermitente y sensación perineal de peso. Hicimos el tacto vaginal y la exploración bimanual, llegando, fuera de duda, al diagnóstico de anexitis.

Llevada a la mesa operatoria el 30 de enero de 1928, al hacer la incisión de la pared, brotó aparatosamente un pus fétido, amarillo-verdoso, abundante. Casi resultaba imposible en aquel conjunto de masas, neomembranas y bolsas purulentas encontrar relaciones y adivinar órganos. Cuidadosa y pacientemente aislamos, disecamos a golpes de compresa, pero encontramos todo aquello tan fuertemente adherido al recto que fue inútil intentar la extirpación y nos vimos obligados a reseca una porción de la ampolla rectal. Hecha la anastomosis termino-terminal de ese conducto, desinfectado al éter, dejando amplio drenaje, hicimos una sutura parcial de la pared abdominal.

Al octavo día de la operación apareció la curación humedecida con materias fecales. La fistula estercoral aumentaba día a día, las paredes del abdomen se maceraban y sangraban; a la parte física decaída se unía una extraordinaria depresión moral. Nosotros no hicimos sino extremar los cuidados de asepsia; en los primeros tiempos, hacer varias curaciones diarias, constipar la enferma con opio, cuidarla, tratar de infundir ánimo. Pasado un tiempo observamos que la fistula disminuía, que las materias salían en cantidad menor, y estimulados con la mejoría esperamos hasta que, a los 40 días, la paciente abandonó el servicio por completa curación.

Yo pienso, y de ello estoy casi cierto, que con la histerectomía vaginal hubiera tenido dos defunciones; sin duda hubiera pasado un rato poco apetecible en el acto operatorio, y con seguridad me habría sido imposible extirpar lo que debía sacarse. En resumen, tendríamos ope-

raciones incompletas, poniendo en gravísimo peligro la vida de mis enfermas.

Por habilidad que se haya adquirido en el examen objetivo, es absolutamente imposible determinar de antemano y de manera exacta la extensión de las alteraciones; de donde podemos encontrar, pongamos por caso, anexos de tamaño mayor que el orificio por donde se deben sacar. El útero mismo, en ocasiones y a pesar de emplear la fragmentación, suele presentar dificultades muy serias para su extracción, sea por adherencias que lo vuelven inmóvil, o, lo que es más frecuente, por turbaciones de su parénquima que lo hacen desgarrable. Además, en su contorno, todo está alterado, sin que nos sea dado fijar el límite de las turbaciones, todo es desgarrable y sangra con facilidad; porque el paseo de los dedos que exploran, empapados en pus, no es sino una siembra de elementos sépticos por lugares que pueden encontrarse sanos.

Si el objeto de la histerectomía vaginal por inflamación útero-anexial es el drenaje seguro, suficiente y declive, nada tan sencillo como hacer la histerectomía abdominal total, donde las lesiones son reparables y evitables al control de la vista y en la cual, con la sección de la vagina, se consigue resultado idéntico, esquivando los peligros.

El argumento estadístico viene en nuestro apoyo. La histerectomía vaginal nos dá el cuatro por ciento de mortalidad, la sub-total por anexitis, solamente 2,8 por ciento.

Volviendo a la exploración con los dedos introducidos en la vagina, Pean y Segond pretendían con la palpación bimanual descubrir puntos fluctuantes y determinar la evacuación del pus. Esa maniobra, inaceptable, ciega, seguida y aún aconsejada por algunos cirujanos, es, en nuestro concepto, una temeridad y un error. Es temeraria porque nada más sencillo que con la sola percepción táctil se confunda una asa intestinal modificada por la inflamación con una colección purulenta, exponiendo, de esta suerte, a producir la perforación del intestino en el ánimo de facilitar la salida del pus; porque podemos causar desgarraduras y hemorragias sin que tengamos manera de repararlas. Pero existe una razón de más, para nosotros de extraordinaria importancia: la desgarrabilidad del útero, que es contraindicación casi formal. Qué de dificultades y cuántos sinsabores cuando colocamos las pinzas de tracción y en ellas se queda una porción del parénquima uterino, hecho que anotamos en las anexitis antiguas de adherencias firmes, esclerosas, y en las infecciones recientes por aborto o parto infectados.

Legueu considera la histerectomía vaginal insuficiente y excesiva. Es insuficiente cuando las lesiones son demasiado extendidas, o colocadas tan alto que no es posible alcanzarlas con los dedos; tan adheridas, que no son desprendibles, o que, si lo son, es a precio de desgarraduras que pueden comprometer el éxito operatorio. "Muchas veces

—dice el mismo Legueu— he tenido que terminar incompletamente una histerectomía, porque de continuarla, habría concluído con la vida de la enferma. En esos casos la histerectomía es realmente insuficiente, pues élla no puede hacer lo que la laparotomía permite más fácilmente. Después de haberla practicado mucho y en casos de todas las especies, he llegado a reducir notablemente sus indicaciones”.

Si existe, pues, el peligro de dejar porciones enfermas, si no podemos asegurar que las colecciones tubo-ovarianas se vacíen en totalidad, ¿para qué emplear el método en esas circunstancias?

“La apertura de las colecciones purulentas —escribe Pozzi— en el “Tratamiento de las peri-metro-salpingitis”, tiene una tendencia natural a hacerse espontáneamente en la brecha creada por la histerectomía”. No es aceptable, o al menos no encuentro la razón por la cual un absceso protegido por tejidos fibrosos vaya a buscar salida por el orificio que deja la matriz extirpada, en la histerectomía vaginal. En contra de ese parecer, el mismo Legueu, hablando de la histerectomía vaginal como tratamiento de las infecciones anexiales, se expresa en estos términos: “Lo he dicho y lo repito: la histerectomía, en la cual podemos estar obligados a dejar anexos enfermos en su lugar, está atacada de nulidad por sus consecuencias lejanas. Después de una faz de mejoría, las enfermas vuelven a sufrir, hasta que llega el día en que tienen que soportar una laparotomía complementaria”.

Nuestro maestro, el Profesor Gosset, contraindicaba la histerectomía vaginal por la sola razón de que no era posible por ese procedimiento extirpar el apéndice. En un principio sus ideas nos parecieron exageradas. Hoy, después de años de labor quirúrgica ginecológica, intensa, luégo de encontrar con extraordinaria frecuencia enfermo el apéndice en las salpingo-ovaritis, de hallarlo en ocasiones tan alterado como los ovarios y las trompas, si no más, tenemos necesariamente que aceptar los consejos del maestro y hallar la razón de ellos.

Se le reprocha a la histerectomía vaginal el ser excesiva; y es cierto. No pocas veces después de la intervención y a pesar de haber hecho una exploración digital detenida por el fondo de saco posterior abierto, hemos tenido la mortificación de encontrar ovarios o trompas que en manera alguna habríamos sacado si la operación hubiera sido ejecutada al control de la vista y con laparotomía.

Por lo que hace a la permanencia de las enfermas en el servicio quirúrgico, no existe diferencia apreciable entre las histerectomías sub-totales y las vaginales. En las primeras el promedio de duración es de 26 días; en las segundas es de 25.

DE LOS CANCERES Y DE LOS FIBROMAS

De los cánceres.

Los casos que hemos operado por sospecha de cáncer del cuello uterino, han sido pocos. De las 1488 enfermas solamente hallamos la indicación operatoria vaginal en quince de ellas.

La circunstancia de comenzar, de ordinario, por el hocico de tenca, hace una particularidad que indica especialmente el acto operatorio por esa vía. Pero hemos dicho "comenzar"; es decir, que sólo en la iniciación, en el período del principio, precisamente cuando es más complejo el diagnóstico clínico, puede ejecutarse por ese camino.

Pero debemos reconocer que el tratamiento por el radium es, fuera de duda, el indicado en esas pacientes. En seis u ocho semanas, los flujos desaparecen, las ulceraciones se cicatrizan, el cuello poco a poco toma el aspecto y el volumen normales. La atresia ístmica tampoco se presenta y aun las mismas reglas, que se suspenden por ocho a quince meses, reaparecen después.

La curieterapia, de aplicación sencilla, sin peligros si se aplica con rigurosa técnica, que no necesita de anestesia general ni local, nos parece un método contra el cual no se puede presentar objeción seria. Lástima que en el Hospital de San José se carezca de ella!

Siempre hemos considerado una temeridad los cáusticos y los largos tratamientos locales para las dudosas metritis del cuello. El aspecto, la induración, la exulceración mamelonada, la facilidad de la hemorragia, en fin, la clínica, en una palabra, resolverá el problema. Y más fe tenemos en ésta que en la misma biopsia. La razón es sencilla: porque los resultados negativos respecto del estado del fragmento tomado, pueden tornarse en positivos un milímetro no más, a distancia del punto biopsiado.

El escaso número de intervenciones por el camino que estudiamos dejará comprender la complejidad en la indicación operatoria. Mas, en la duda respecto del diagnóstico, no sentimos reato al confesar que nos hemos decidido por la histerectomía.

Respecto de la dificultad, los casos tratados médicamente son también, de ordinario, los más embarazosos. La rebeldía a los medicamentos ha de ser el grito de alarma que llame al cirujano. Frecuentemente el período de estado, cuando es ilusoria toda intervención, no es sino la consecuencia de la tenacidad en aplicaciones inútiles y perjudiciales.

De los fibromas.

En 1488 intervenciones, operar solamente cinco fibromas por vía baja, es no tener obra en el particular. Emitir opiniones sin experien-

cia personal, sería referir, posiblemente mal dicho, lo que ha sido expresado correctamente por otros.

La finalidad no ha sido, pues, sacar conclusiones de la histerectomía vaginal por fibroma. Lo que se ha querido es, ensayar la anestesia local en la extirpación de ellos; la que, dicho sea de paso, ha resultado excelente, siempre que sean tumores pequeños, como pude observarlo en las pocas intervenciones a que hacemos referencia.

Excepción hecha de los casos anotados, siempre operamos el fibroma con laparotomía, sencillamente porque siguiendo ese camino no hemos tenido mortalidad. En estudio que escribimos y publicamos el año de 1931, cuando solamente habíamos extirpado 46 fibromas por el abdomen, no tuvimos defunciones. Después hemos operado muchos más, también por la misma vía, todos con curación. De modo, pues, que ¿a qué usar un procedimiento diferente, que puede resultarnos menos feliz?

Ahora, a título de curiosidad, consultemos algunas estadísticas extranjeras en relación con la mortalidad que dá la histerectomía vaginal por fibroma:

Longuet, en 1691 histerectomías vaginales, tuvo 84 muertes.

Buschbeck, en 100 casos, tuvo tres muertes.

Choback, en 170 casos, tuvo cinco muertes.

Dimitre de Ott, en 187 casos, tuvo tres muertes.

Quemí, en 33 casos, no tuvo mortalidad.

De los prolapsos.

Estoy en acuerdo perfecto con los profesionales que sostienen que "la histerectomía vaginal por sí sola es incapaz de curar el prolapso uterino". Por esa razón, en las cien observaciones que presento, se encontrarán asociadas las colporragias anterior y posterior y la perineorrafia. Igualmente creo que la histerectomía vaginal no es sino una de las partes de la operación para el prolapso, siendo necesaria la restauración perineal en la mayoría de las veces.

Prescindiendo de aquellos casos de cánceres del cuello que apenas se inician, y en los cuales la aplicamos, no me parece discutible la intervención en los prolapsos irreductibles que exigen de modo imperativo la vía vaginal, como la única o, al menos, como la más lógica para resolver el problema.

Igualmente se presentan enfermas en las cuales existen prolapsos de tercer grado con matrices congestionadas, aumentadas de volumen, de cuellos enrojecidos, ulcerados o hipertrofiados; úteros cubiertos por paredes vaginales igualmente alteradas, en mujeres viejas, que no creo posible pensar en ninguna otra intervención capaz de quitar el centro mismo de las perturbaciones, por el lugar más sencillo y más fácil.

Con razón, todavía de más fuerza, ha de intervenirse por vía vaginal cuando la posición y la congestión de la matriz han creado un edema que hace imposible la reducción, operación que, en mi entender, debe realizarse de urgencia. No há mucho tiempo, a uno de los servicios del hospital llegó una enferma con la matriz en las condiciones descritas, y tengo la firme persuasión de que su prolapso uterino no tratado en oportunidad fue la causa, o al menos un factor de importancia, en la muerte de la paciente.

Pienso también que aquellos prolapsos que se reproducen a su máximo una vez reducidos, es porque han contraído adherencias que los fijan en la nueva posición y por tanto para el cirujano nada tan fácil como buscar el camino breve, acabar con la lesión, quitar la matriz de donde ella está.

La indicación precisa de la histerectomía vaginal por prolapso la hallamos igualmente en los fracasos de otras operaciones para esta finalidad, ya ejecutadas en la misma enferma. Suspendida la matriz y reproducida la lesión, hecha la intervención repetidas veces con técnicas y por caminos variados, sería un contrasentido la pretensión de dejar un órgano que experimentalmente ya no puede conservar su lugar, y en esos casos, ¿a qué apelamos distinto de la histerectomía vaginal para asegurar el éxito?

Es necesario también tener presente la clase de enfermas que tratamos. Pensemos que son personas que viven de su labor manual; sirvientas que deben permanecer en pie; "lavapisos" que han de estar en posición inclinada; "cargueras", en las cuales los esfuerzos de toda especie hacen la base para ganarse la vida; en fin, gentes pobres a quienes interesa sobre todo la perfecta conservación de su salud, el correcto funcionamiento de sus órganos y el mayor número de factores en el rendimiento de sus aparatos para desempeñar el oficio; en ellas, digo, no pueden existir "los achaques" ni el cirujano debe exponerlas a esto. En las actuales condiciones de vida, quien no trabaja como debe ser y dá el rendimiento pedido, se rechaza, y ahí tenemos toda una turba de desventuradas, solicitando oficios "que no sean pesados" o buscando el amparo de los hospitales y de las casas de protección. Todo ello para buscar la hipótesis de un hijo que no sabemos si vendrá; que si vienen, la mayoría de las veces son seres inferiorizados por la herencia alcohólica o sífilítica, la pobreza y la mugre y que, realmente, para decir las cosas como las hemos visto, son "la rémora" para las madres que a más de la matriz colgante entre los muslos, ulcerada, sanguinolenta, dolorosa, fétida, se pretende acomodar un hijo.

Pasemos ahora una ligera revista por las operaciones no mutilantes y veamos si habrá lógica, o mejor diría, caridad, la tratar de emplearlas con las enfermas a que hago alusión.

Operaciones que contienen: Tabicamento de Le-Ford.

Ya sabemos que consiste en un avivamiento de las paredes vaginales anterior y posterior, para suturarlas en seguida, en el ánimo de oponer un obstáculo a la caída uterina. Sobre él dice Legueu: "El útero después de la sutura, sin duda queda fijado encima de la estrechez de la vagina, pero la vagina cae afuera de la vulva que se ha mantenido abierta y el resultado es nulo e insignificante. Ese procedimiento, como otros, tiene el inconveniente de dirigirse a la consecuencia (caída de la matriz) más bien que a la causa (distensión de la vulva) y a pesar de algunos éxitos obtenidos en el prolapso con integridad relativa del periné, es casi completamente abandonado. Para impedir la reproducción, es necesario hacer al mismo tiempo la colpórrafia, y desde entonces, el tabicamento es inútil".

En el ánimo de alcanzar algún otro resultado, Duboug substituyó el tabicamento longitudinal por el tabicamento transversal. Desgraciadamente la modificación adolece de los mismos defectos y tiene por tanto inconvenientes semejantes.

Operación de Freund.

Freund coloca una serie de hilos horizontales superpuestos a distancias convenientes, en el espesor de la pared vaginal, en el ánimo de desarrollar una inflamación, buscando así la cicatrización que impida el descenso uterino.

Con esa técnica empleada solamente en mujeres viejas y de vagina muy ensanchada, se forma debajo del útero un rodete voluminoso, constituido por las paredes vaginales modificadas, muchas veces más molesto que el mismo prolapso. Freund afirma haber operado seis enfermas y haber obtenido seis curaciones. Todos no dicen haber sido así de felices: Goetig menciona siete casos: en cuatro se repitió el prolapso; de uno ignora el resultado y solamente dos se hallaban indemnes al año. ¿A la deficiencia de ese método vamos a confiar nuestras enfermas?

Operación de Müller.

Es ésta la llamada "Colpectomía Total" estudiada por Savariaud. Consiste en hacer como si dijéramos, una amplísima operación de Le-Ford. Se quita la mucosa vaginal a excepción de una pequeña tira a ras de la vulva y luégo se sutura para adosar las paredes formando, de esta suerte, como un tabique que imposibilite el descenso uterino.

Desde luego, no es aplicable sino en aquellas mujeres en que hay perfecta evidencia de la terminación del período. En tales circunstancias, no siendo posible la concepción por la doble razón fisiológica y operatoria, ¿a qué dejar un órgano alterado por el prolapso, ya sin fun-

ciones, cuyas secreciones pueden infectar las superficies avivadas y comprometer el resultado operatorio?

Operación de Wertheim-Schauta.

En ella se bascula el útero entre la vejiga y la vagina, se abre la pared anterior de este órgano desde el meato hasta un punto vecino del cuello, de manera que sirva de brecha para verificar la bascularización en cuestión. Baste con recordar que la matriz en esa posición anormal se expone a infecciones y ulceraciones, y baste para rechazar esta especie de operaciones el pensar en las turbaciones que se presentarían en un posible embarazo, en la dificultad de su realización y en los peligros de un parto. Es decir, sería preferible el prolapso, con todos sus inconvenientes, a la gestación y el alumbramiento en la situación creada por el procedimiento.

Ahora, estudiemos las operaciones encaminadas a corregir el prolapso y que obran sobre los diversos elementos que suspenden la matriz.

Veamos la colpopexia:

Pean, y después de él Byford, y más tarde Goubaroff, obrando ya sobre la vagina, ya sobre el suelo pelviano, idearon variados métodos de fijación que se abandonaron en vista de sus inconvenientes. Mi maestro, el profesor Pierre Delbet, publicó en la "Presse Médicale" un trabajo intitulado "Colpocystopexia y nuevo procedimiento de colpoperineorrafia". La técnica se compone de dos tiempos principales: "Primero, una colpocistopexia por intermedio de los ligamentos redondos que se suturan a la vagina debajo de la vejiga, y segundo, una hasta colporrafia anterior". Hay, pues, necesidad de quitar la matriz, y por consiguiente prescindir de la finalidad concepcional que sería la contraindicación de la histerectomía vaginal. También es necesario complementar la operación con otras, tal vez de igual importancia, dentro del bacinete y en el suelo pelviano.

Leguent, a propósito de las colpopexias, escribe: "De una manera general, las colpopexias no son recomendables: los últimos procedimientos no han dado sus pruebas y las primeras tentativas no presentan ningún resultado favorable".

Operación de Alquié-Alexander.

Demasiado conocida, élla se aplica más a las retrodesviaciones que a los prolapsos. Para éstos es un sostén excesivamente débil, no obstante ofrecer a la matriz los dos puntos de apoyo de sus inserciones; y pienso que, en aquellos casos en que la retroversión complica el prolapso, está indicada siempre que se combine con la colpoperineorrafia.

Histeropexias:

Tengo el mejor concepto respecto de las histeropexias y la presentación de algunas historias ha de ser motivo de un trabajo posterior. Pero para que ellas den el resultado apetecido estimo que deben realizarse en determinadas condiciones: mujeres jóvenes, mejor todavía vírgenes o nulíparas, úteros sanos, periné resistente y, sobre todo, que sean de cierta clase social que por sus medios de subsistencia puedan disfrutar al menos de relativas comodidades. Nuestras gentes del pueblo que cargan pesados fardos a la espalda; que llevan "múcuras" sobre la pelvis hasta deformarla, que ejecutan movimientos desordenados en sus distintas profesiones, que lavan de rodillas los días enteros, en mi parecer, deben ser histerectomizadas, porque la matriz tiene siempre una parte primitiva o secundaria en el desarrollo y el mantenimiento del prolapso uterino completo, porque ese órgano fuera de su lugar normal se altera en forma tal, que constituye una verdadera tortura; se alarga, se ulcera, se hipertrofia, es el sitio de fibromas. Reducirlo a pesar de esa situación, es dejar una fuente de reproducciones; suprimirlo es quitar un órgano cuyo peso tiende al mantenimiento de la enfermedad.

Yo sé que podría objetármeme, porque de esto tenemos observaciones, que al servicio han llegado enfermas con prolapsos que datan de quince años y aún más, y que los han tolerado. Es necesario recordar la idiosincrasia de nuestro pueblo. Hay regiones de tan escaso cultivo intelectual que miran los prolapsos, el coto, el carate y otras dolencias como cosas absolutamente normales. Unas veces por ignorancia en la curabilidad, otras por temor al acto operatorio, no pocas ocasiones por considerarlo inútil en vista del fracaso de diversos métodos, otras, en fin, por desidia y abandono, el hecho real es que el prolapso llega en veces a dimensiones increíbles. Con todo, hay un elemento constante y que no se puede refutar: tarde o temprano, la actividad de la enferma se compromete por la deformación y llega con el tiempo a la invalidez. El tumor se inflama, se endurece, se torna irreductible, se vuelve doloroso o se ulcera y adquiere por las secreciones y el desaseo una fetidez insoportable. Agreguemos a esto las complicaciones como el estrangulamiento, la irreductibilidad, las turbaciones urinarias, incontinencia, infecciones, dilatación ureteral y alteración renal, infección del riñón, uremia, etc.

DE LAS COMPLICACIONES

No queremos terminar sin referirnos, aun cuando sea someramente, a algunas complicaciones.

La herida del uréter se ha presentado. Felizmente élla se observa en operaciones accidentadas en las cuales una circunstancia im-

prevista, hemorragia, habitualmente, obliga a colocar pinzas ciegame-
te, pinchando muchas veces al azar. Ha sido hábito nuestro disecar cui-
dadosamente la matriz y una vez separados vejiga y recto, con el per-
fecto control de la vista, colocar las pinzas. Procediendo en esta forma
el accidente parece evitable en lo posible. Cosa semejante podemos de-
cir de la perforación de la vejiga; siguiendo metódicamente su despren-
dimiento, antes de ejecutar ninguna otra maniobra, nos precavemos de
élla.

Hemos tenido ocasión de operar fistulas en intervenciones de otros
cirujanos producidas en el instante de desprender la vejiga de la cara
anterior de la matriz. Perforaciones muy fáciles de realizar en enfermas
de prolapsos envejecidos y ulcerados.

La herida del intestino delgado no la hemos visto jamás en esta
operación, a pesar de citarla diversos autores. Nos atreveríamos a pen-
sar que ella es más una desgarradura que una herida propiamente dicha.
Respalda esa idea las frecuentes adherencias de los órganos en las ane-
xitis, en las cuales se suele presentar. Razón de más que apoya nuestra
conducta de intervenir en las salpingo-ovaritis por la vía abdominal.

La lesión de recto la consideramos de mayor frecuencia y toda-
vía más la de la terminación del colon, lugar donde se vacían las co-
lecciones purulentas que han de seguir la vía baja para su eliminación.
Por fortuna, ninguna de nuestras pacientes operadas con histerectomía
vaginal se ha encontrado en esas circunstancias.

La hemorragia sí la hemos tenido. Ya hemos hecho alusión a una
enferma que perdimos por esa causa, posiblemente debida a la caída de
una escara, a los ocho días de la operación. La señora M. H. de P., en-
ferma a quien se le hizo una histerectomía por cáncer el 13 de junio de
1932; a los cinco días de su intervención apareció con una hemorragia
que cedió fácilmente y que repitió cinco días más tarde, con caracte-
res de bastante gravedad, obligando a emplear tapones de gasa para
contenerla.

Leyendo detenidamente todas las historias hallamos un total de
cinco enfermas en quienes se presentó ese accidente, entre cinco y doce
días después de la operación, todas ellas operadas por cáncer. Este
hecho corrobora nuestra idea de las posibles alteraciones de los vasos
como causa de su producción.

La flebitis la hemos observado, sin embargo, con menos frecuen-
cia, de la que se encuentra en los casos de supuraciones secundarias a
una histerectomía abdominal. Por otra parte, nos han parecido menos
graves y de menor duración el edema, los dolores, el estado febril y
demás síntomas que caracterizan esta enfermedad.

Las escaras sacras son debidas, según ciertos autores, al alcohol o
al éter que se emplean en el acto quirúrgico y que humedecen y mace-
ran la región correspondiente de la piel. En la histerectomía vaginal no

las hemos visto. Se han producido en otros casos en los cuales ha habido una larga permanencia en la cama; pero si fuera cierto que los elementos alcohol y éter pudieran obrar en su producción, muy posiblemente sería de manera secundaria, porque tenemos ejemplos de tales escaras sin ese antecedente.

La oclusión intestinal es una complicación muy rara en la histerectomía vaginal, y que tampoco la hemos tenido. En cambio en la histerectomía abdominal sí la hemos encontrado. De la misma manera podemos referirnos a la embolía y la muerte repentina.

La septicemia peritoneal muy posiblemente complicó los dos casos que tuvimos de muerte y que atribuimos a peritonitis y a celulitis pelviana. De resto, no tenemos razones para pensar en ella en ninguna otra defunción.

ANESTESIA LÓCAL Y REGIONAL, PARA LA HISTERECTOMIA VAGINAL

El año de 1931 el Profesor Regnaut tuvo la gentileza de enviarme un trabajo sobre este asunto. Nuevo para mí, consulté a varios colegas sobre los resultados alcanzados por ellos, caso de haberlo empleado, y llegué a la conclusión de que ese procedimiento era absolutamente desconocido en la capital.

En tales circunstancias determiné ensayarlo en mi servicio del Hospital de San José y allí, en compañía del Profesor Nicolás Buendía, hice las primeras aplicaciones. Debo declarar que desde el primer momento quedé satisfecho. Mas, como necesitara una experimentación suficiente, he dejado transcurrir varios años observando y anotando antes de hacer la presente comunicación. Unas veces hice la anestesia y la operación, y otras el Profesor Buendía ejecutó la intervención con la anestesia que hicimos nosotros; casos éstos que no he tenido en cuenta en las estadísticas de este estudio, para referirme únicamente a la labor personal.

Es necesario decir con el Profesor Víctor Pauchet que "El método de anestesia ideal no existe". Cada uno tiene sus indicaciones, sus contraindicaciones, sus defectos, sus ventajas.

Con el procedimiento de que hablo obtuve resultados que juzgo perfectos; casos mediocres, y anestésias francamente malas. Estas, sin duda, fueron en número muy limitado, en enfermas pusilánimes y de temperamento muy nervioso. Recuerdo que en una de ellas, que se quejaba durante el acto operatorio y a quien habíamos hecho la anestesia local, el anestesista del servicio, doctor Manuel Bernal, le puso el aparato de Ombredanne en la nariz sin anestésico alguno y la paciente se calmó y continuó tranquila hasta concluir la operación. Por otra parte,

es necesario tener en cuenta mi falta de entrenamiento en la aplicación, de manera que no se pueden achacar al método los fracasos en su totalidad, los cuales pueden ser imputables, en parte, a mis deficiencias.

Es en los prolapsos que se tratan con la histerectomía vaginal donde en mi parecer reside la indicación ideal. La disposición de la matriz en esta situación anormal, la facilidad con que se ve el lugar en donde deben colocarse las agujas, son elementos que ayudan para alcanzar los resultados.

Pero la indicación realmente insuperable es en los casos de mujeres con prolapso y envejecidas, en quienes se sospechan turbaciones del corazón o lesiones intersticiales del riñón y en quienes está contraindicada la anestesia raquídea y la anestesia general. En tipos de esta especie es donde hemos alcanzado nuestros mejores éxitos y en donde, por el momento al menos, la juzgamos irremplazable. Cuando los prolapsos son irreductibles o muy difíciles de retener, cuando, como digo, inspiran temores el estado del riñón y el corazón, tanto con la anestesia general como con la parcial, en enfermas de edad avanzada, la rápida histerectomía con anestesia local la juzgo el método ideal.

Es sumamente difícil encontrar literatura sobre el origen de esta forma de prevenir el dolor, como no sean los estudios hechos y publicados por el Prof. Regnaut. Parece que en Alemania fue usada por Ruge en 1912, pero por razones desconocidas para mí, fue abandonada y reemplazada por la anestesia parasacra. Los trabajos alemanes fueron solamente divulgados en Francia y si eso sucedió con países vecinos, no es de extrañar que en Colombia se haya desconocido completamente.

El doctor Cote de Lyon, basándose en los trabajos anatómicos de Latarget y Rochet, juzgó posible la anestesia del útero, dice Regnaut, con sólo inyectar una solución analgésica en el ligamento ancho, pero opina Coté que no es suficiente para la histerectomía vaginal. De esta manera, realmente es a Regnaut a quien se debe el perfeccionamiento de la técnica y principalmente la difusión de ella.

En "L'Avenir Médical" de noviembre del año de 1931, el Profesor Regnaud, ya citado, hace referencia a un trabajo del doctor Ceytlein, de Varsovia, aparecido en la revista "Wiedza-Lekaska" e intitulado "Un procedimiento de anestesia local para las pequeñas intervenciones practicadas sobre el útero". En él se mencionan algunas operaciones de pequeña cirugía y solamente seis histerectomías vaginales.

En síntesis, pues, como es natural al tratarse de un asunto en estudio, pueden existir procedimientos más o menos semejantes encaminados a la misma idea. Pero hay un hecho del cual he quedado convencido: que Regnaut fue quien lo hizo utilizar, de manera franca, para las grandes intervenciones ginecológicas. Dejando de lado estas adquisiciones de historia, la esencia del método reside en la anestesia de los plejos uterinos, lo cual se facilita por su disposición y por la sencillez

Hez con que se pueden abordar introduciendo la inyección analgesiante por los fondos de saco laterales de la vagina.

Largo y tal vez un poco fuera de lugar sería entrar ahora en la descripción anatómica de los plejos mencionados, máxime cuanto que, a pesar de los años, de la disección y de la consagración de los anatomistas, todavía no existe completo acuerdo en el particular. Recuerdo entre los estudios del Profesor Luis M. Rivas, uno de grande interés, muy diferente de las descripciones del Profesor Testut, y que sugirió a uno de sus disectores como trabajo de tesis. Recuerdo igualmente que daba grande importancia a la constitución del plejo, y buscaba las comunicaciones de él con el resto del sistema abdominal a fin de explicar los dolores lumbares y perirrenales en las inflamaciones periuterinas, los del estómago en esas mismas circunstancias, todo lo cual me abstengo de describir por no hacerme demasiado extenso.

A pesar de éllo y a propósito del desacuerdo mencionado me parece oportuno citar los siguientes párrafos de H. Rieffel:

“¿Qué es el plejo útero-vesical, cómo está constituido? Aquí comienza el desacuerdo. Para los unos (Remak, Jobert de Lamballe, Kilian, Sharpey), está formado por nervios de volumen variable sobre el trayecto de los cuales no se encuentra ningún ganglio. Para otros (Tiedemann, Boullard, Snow Beck, Korner, Polle, etc.), esos nervios atraviesan numerosos y pequeños ganglios. Para otros, en fin, (Lee, Frankenhauser, Rein, observaciones sobre la mujer, pero sobre todo en los animales, Robinson), cuya opinión es actualmente admitida de una manera general, el plejo útero-vaginal no existe constituido como plejo nervioso; él está constituido esencialmente por un montón de células y de fibras, cuyo conjunto forma el ganglio cervical de Robert Lee (1842), descrito más completamente por Frankenhauser. Ese ganglio presenta algunas veces un aspecto bien especial: él no se parece a los ganglios simpáticos cervicales, por ejemplo. Es un ganglio plexiforme dividido, por así decir, atravesado por tejidos celulares, venas y ramificaciones arteriales. Es, si se prefiere, una lámina ganglionar aventanada de forma triangular, sumergido en la ganga conjuntivo-vascular tan desarrollada de la región. Ella está colocada de canto contra la parte postero-lateral del cuello y del fondo de saco correspondiente de la vagina. Se prolonga hacia atrás hacia el recto, en los repliegues recto-uterinos, y está alojado por su masa esencial debajo y hacia adentro del punto de entrecruzamiento del uréter y los vasos uterinos.

Esa lámina merece ser descrita con algunos detalles. Ella es de dos centímetros de alta, ancha de trece milímetros (Frankenhauser), siendo triangular y de ángulos redondos se puede, es verdad, un poco esquemáticamente, considerarle dos caras, externa e interna, cuatro bordes, superior, inferior, posterior y anterior”.

Nosotros, inspirados en un esquema de Frankenhauser, hemos dibujado la figura N° 4, en la cual hemos querido hacer resaltar el ganglio en cuestión.

Tal ganglio es uno de los elementos base de la anestesia. Cortar fisiológicamente las comunicaciones que van y que parten de él, aislar también los filetes del plejo ovárico, ahí el problema. En la figura N° 2, hemos representado, un tanto esquemático, el ganglio y la manera de abordarlo.

La técnica, que parece difícil, no lo es si se pone atención a cada uno de los detalles; si se procede con lentitud dejando obrar los anestésicos y si se hace, siguiendo estrictamente las reglas pertinentes.

Se procede en esta forma:

Inyección de escopolamina-morfina.

Posición ginecológica.

Desinfección cuidadosa del periné, vulva, vagina y cuello.

I.—Colocación en la parte lateral de los grandes labios y hacia afuera, en dos puntos simétricos, de una pequeña cantidad de anestésico.

Luégo, en dirección ascendente primero, descendente después, hacia

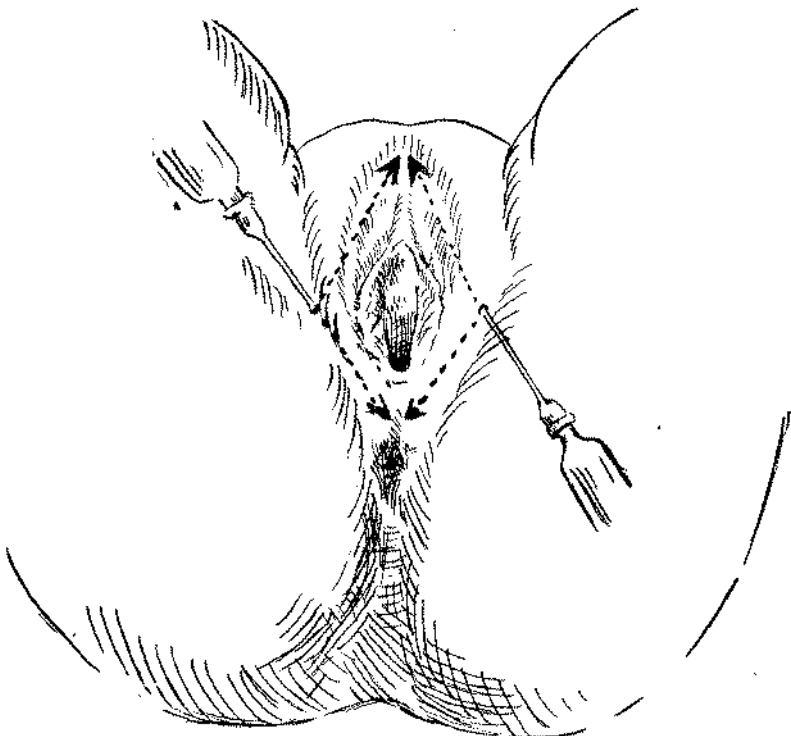


Figura No. 1.—Infiltración perivulvar.

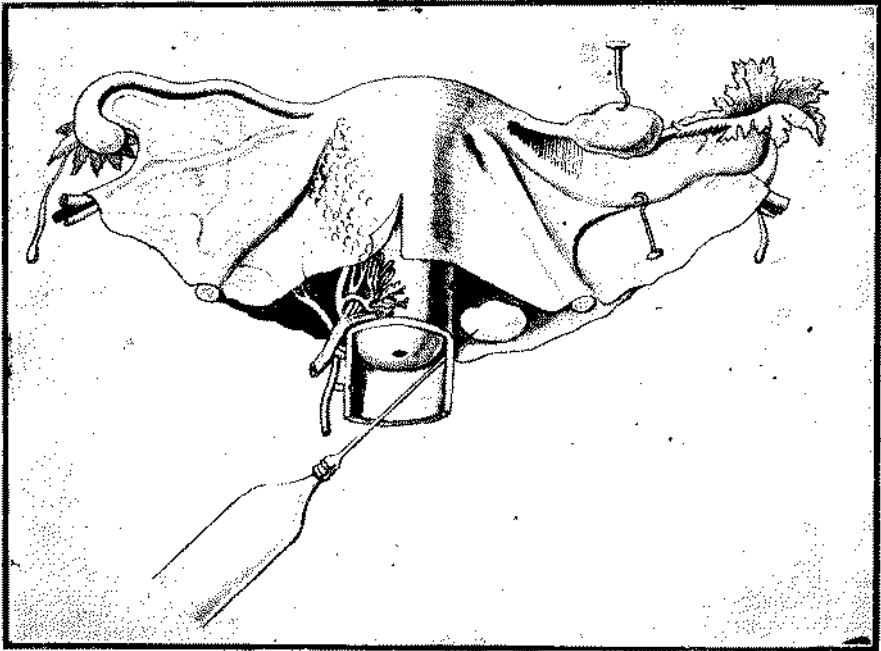


Figura No. 2.—Ganglio hipogástrico y manera de abordarlo.

adelante hasta la vecindad de la sínfisis; hacia atrás hasta los confines del ano. Esta infiltración subcutánea en contorno de la vulva se hace con 50 c.c. aproximadamente de solución al medio por ciento. (Véase la figura N° 1).

II.—Cuando se hace la perineorrafia posterior y la sutura de los músculos elevadores se inyecta el tabique recto-vaginal, también con solución al medio por ciento y en conveniente cantidad.

III.—En los casos de colporrafia se toma el cuello con la pinza de Museux para hacerlo descender. Luégo se infiltra la bóveda vaginal inyectando la solución al medio (20 c.c., aproximadamente), entre la vejiga y la matriz. Después, desviando el cuello a la derecha, se infiltra el lado izquierdo, y finalmente, dirigiéndolo en este último sentido, anestesiarnos del otro lado, siempre con solución al mismo título.

IV.—En este tiempo, para la comprensión del cual recomiendo ver el esquema N° 3, copiaré textualmente la parte pertinente de la comunicación que tuvo a bien enviarnos el Profesor Regnaud; dice así: “La anestesia o analgesia en vista de la histerectomía, comprende la infiltra-

ción de las paredes vaginales al contorno del cuello; después, una inyección profunda de ocho a diez c.c. de solución analgésica de cada lado del útero; yo dirijo la aguja hacia arriba y un poco hacia atrás, haciéndola costear la pared lateral del útero; la penetración es de dos a tres centímetros; no hay que olvidar que la arteria uterina hace un cayado a un centímetro más o menos del cuello y que costea en seguida el cuerpo uterino acompañada de las venas; es necesario, pues, introducir la aguja sola, lentamente, y asegurar que no viene sangre por la aguja, antes de tomar la jeringa para hacer la inyección; los dos últimos centímetros cúbicos se impulsan mientras que se retira la aguja lentamente.

La analgesia puede ser completada, si hay necesidad, en ciertos

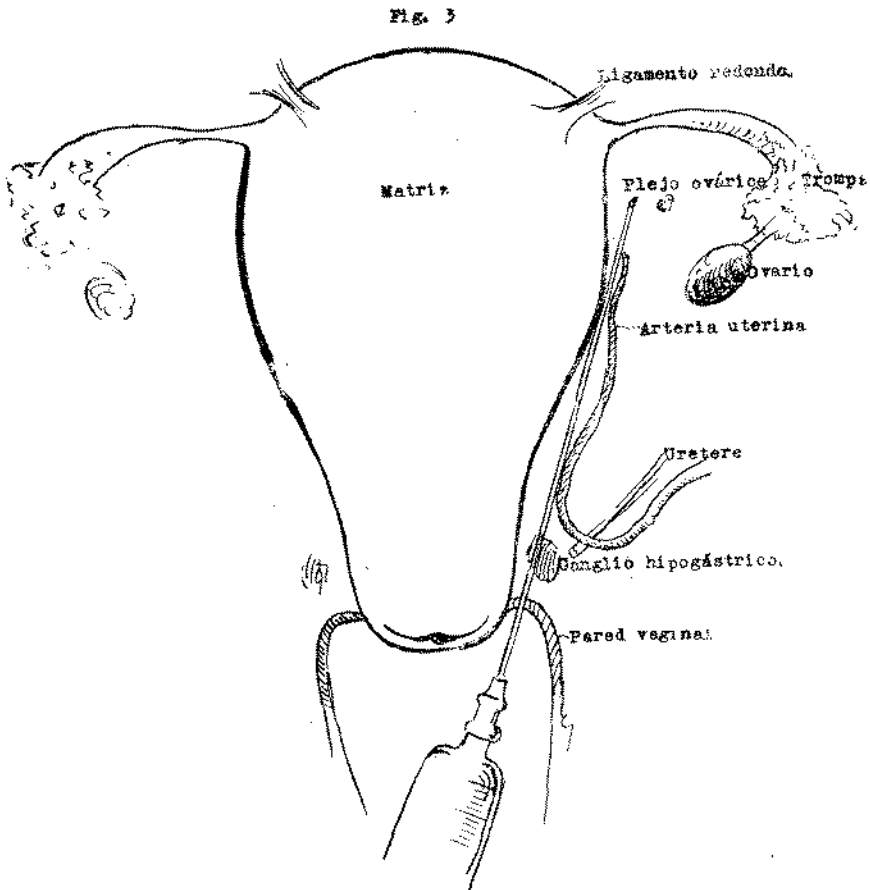


Figura No. 3. — Esquema del camino que recorre la aguja para aplicar la inyección.

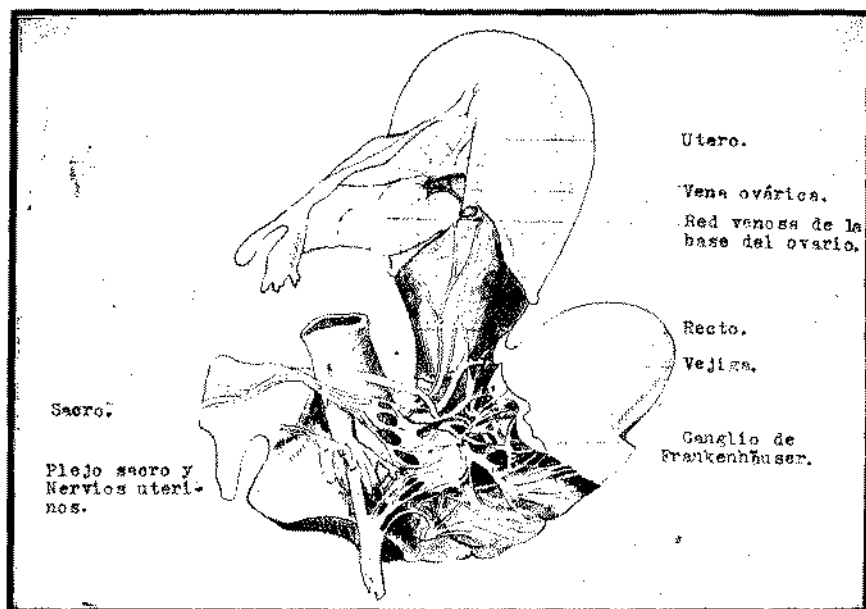


Figura No. 4.—Nervios sagrados, nervios uterinos y ganglio hipogástrico.



Figura No. 5.—Sitio donde debe aplicarse la inyección en caso de prolapso.

casos en el curso de la operación, por dos o tres inyecciones suplementarias de uno o dos c.c. de la solución en los ligamentos anchos o lombo-ovarianos.

De otra parte, como en toda anestesia o analgesia local, tiene gran interés utilizar soluciones analgesiantes preparadas en el momento mismo de la operación. En el curso de mi larga práctica de anestesia local y regional he podido observar que una solución preparada extemporáneamente es mucho más activa que una solución antigua, mitad más activa en ciertos casos".

V.—En los prolapsos (figura N° 5), se facilita la introducción de la aguja desviando la matriz al lado contrario de donde se va a colocar la inyección. Maniobra que, por otra parte, tiene la ventaja de templar la mucosa y hacerla menos deslizable. Se inyectan de ocho a diez c.c. de solución analgesiante, de cada lado del útero.

EDAD DE LAS ENFERMAS OPERADAS

<i>Años.</i>	<i>Nº de operaciones.</i>
23	2
25	3
26	1
27	1
28	1
29	1
 Antes de 30 años, 10 histerectomías vaginales, 10%.	
30	3
31	2
32	1
33	1
34	3
35	5
36	2
37	4
38	4
39	1
 Antes de 40 años, 26 histerectomías vaginales, 26%.	
40	8
41	1
42	5
43	1
44	1

45	6
46	3
47	3
48	4
49	1

Antes de 50 años, 33 hysterectomías vaginales, 33%.

50	7
51	2
53	3
54	1
55	6
56	2
57	1

Antes de 60 años, 21 hysterectomías vaginales, 21%.

60	6
61	1
63	1
65	1
66	1

Antes de 66 años, 10 hysterectomías vaginales, 10%.

LUGAR DEL NACIMIENTO DE LAS ENFERMAS

16 nacieron en	Bogotá.
7 " "	Apolaima.
5 " "	Chocontá.
3 " "	Chía.
3 " "	Facatativá.
3 " "	Guatavita.
2 " "	Cajicá.
2 " "	El Espinal.
2 " "	Fusagasugá.
2 " "	Fontibón.
2 " "	Girardot.
2 " "	La Calera.
2 " "	La Mesa.
2 " "	Sasaima.
2 " "	Tunja.
1 " "	Ambalema.

l	"	"	Bituima.
l	"	"	Bucaramanga.
l	"	"	Cali.
l	"	"	Cáqueza.
l	"	"	Chitaraque.
l	"	"	Choachi.
l	"	"	Duitama.
l	"	"	Fómeque.
l	"	"	Funza.
l	"	"	Gámbita.
l	"	"	Garzón.
l	"	"	Guaduas.
l	"	"	Honda.
l	"	"	La Paz.
l	"	"	La Unión.
l	"	"	La Vega.
l	"	"	Lérida.
l	"	"	Nejva.
l	"	"	Oiba.
l	"	"	Ortega.
l	"	"	Palermo.
l	"	"	Paraplona.
l	"	"	Pandi.
l	"	"	Pesca.
l	"	"	Popayán.
l	"	"	Quebrada-Negra.
l	"	"	Quipile.
l	"	"	Saboyá.
l	"	"	Sátiva-norte.
l	"	"	Sogamoso.
l	"	"	Samacá.
l	"	"	Sesquilé.
l	"	"	Somondoco.
l	"	"	Sotaquirá.
l	"	"	San Juan de Río Seco.
l	"	"	Tenza.
l	"	"	Tibasosa.
l	"	"	Tocaima.
l	"	"	Ubaté.
l	"	"	Une.
l	"	"	Vélez.
l	"	"	Villavicencio.
l	"	"	Viotá.
l	"	"	Zipaquirá.