

## De la intervención quirúrgica en las enfermedades infectivas de los anexos

---

### Generalidades

*Indicaciones.*—Después de lo expuesto en el estudio de cada una de dichas enfermedades, no tendría necesidad de insistir en las indicaciones, pues bien claras aparecen en la exposición del curso espontáneo de las mismas.

Realmente, en las afecciones infectivas, el estudio de las indicaciones quirúrgicas es muy difícil, al contrario de lo que ocurre en las neoplasias y anomalías en que aparecen de una manera clara y absoluta, sin lugar á dudas ni vacilaciones.

En las afecciones flogísticas, tanto si son de origen infectivo como trófico, se trata generalmente de lesiones pasajeras muchas veces y casi siempre susceptibles de una regresión y restitución más ó menos perfecta á la normalidad, no como fenómeno raro y extraño, sino como hecho que deriva de la evolución espontánea de la dolencia.

No cabe en estas afecciones sentar indicaciones absolutas, como lo hacemos en el cáncer del útero, en el prolapso, en el quiste del ovario, etc. Las indicaciones son siempre relativas y sujetas, por tanto, á discusión, y así se comprende que hoy todavía haya quien crea que la Ginecología es demasiado agresiva tratándose de tales enfermedades.

El que ha tenido la fortuna de no ver morir ninguna enferma de peritonitis consecutiva á una salpingitis, ó de no encontrar enfermas inválidas y desesperadas por los sufrimientos, y cuenta con una larga experiencia, se comprende que ha de tener de estas dolencias un concepto muy distinto de quien ha visto varios de estos casos. Pocos comprendieron al principio el lenguaje y la acometividad de Lawsson-Tait, verdadero instaurador de la cirugía contra estas afecciones: Spencer-Wells llegó á decir que todas las supuraciones anexiales de Inglaterra debían ir á Birmingham, pues de otro modo no comprendía la frecuencia con que Lawsson-Tait tenía que intervenir en casos de esta índole.

El concepto general que se tenga de estas dolencias es un gran factor para considerar ó no precisas ciertas indicaciones quirúrgicas. Puedo asegurar, por lo que tengo visto, que unas veces se exagera la necesidad y urgencia de una intervención en ciertas afecciones anexiales y otras se confía demasiado en la



benignidad de las mismas abandonadas á su curso espontáneo. Y es que, realmente, tan sólo una larga experiencia puede comunicar la serenidad de juicio necesaria para no dejarse arrastrar á intervenciones innecesarias ni perder oportunidades preciosas.

Como regla general, lo primero que debe demostrarse, para que sea positiva la indicación quirúrgica, es la *incurabilidad* de la dolencia. Ya he dicho antes cuántas veces el tratamiento médico ó expectante basta para combatir eficazmente ciertas infecciones pélvicas; no puede tacharse de optimista á Treub cuando dice que resulta eficaz por lo menos en la mitad de los casos (1). Deben hacerse las debidas excepciones á esta regla para aquellos casos en los que la intensidad de la infección pone en peligro la vida y plantea indicaciones vitales.

Debidamente sentada la *incurabilidad*, la indicación quirúrgica se impone por dos órdenes de hechos: bien por los *síntomas* que la dolencia determina, bien por los *peligros* que la acompañan.

En cuanto á los *síntomas*, ya he hecho notar que pocas veces guardan relación con la importancia patógena de las lesiones: así el hematoma típico del ovario, la degeneración esclero-quística, la hidro-salpingitis, etc., sin llevar consigo peligro alguno que amenace la vida, se hacen intolerables por los síntomas que determinan y justifican frecuentemente la intervención quirúrgica.

Por lo que se refiere á *peligros*, con frecuencia son más peligrosas las afecciones más larvadas; las colecciones supuradas, que tan á menudo existen sin provocar grandes protestas por parte de los órganos afectos, son verdaderamente peligrosas y origen de indicaciones quirúrgicas perfectamente justificadas.

El problema se va aclarando con el mejor conocimiento de las afecciones que nos ocupan, de una parte, y de otra con la mejora de los resultados operatorios obtenidos. Ciertamente que si meditamos con serenidad acerca del curso de las infecciones anexiales y recordamos que en un reducido número de casos ponen en peligro la vida de la enferma, tendremos que tener en cuenta la mortalidad ó peligro de la intervención para juzgar su legitimidad. Cuando hace veinte años arrojaban las estadísticas de laparotomía por lesiones anexiales un 14 por 100 de mortalidad (2) y los partidarios de la intervención la defendíamos, augurando poder reducir la mortalidad á un 8 ó 10 por 100, se comprende perfectamente que se generalizase la oposición al tratamiento quirúrgico. Cuando Lawson-Tait, Hegar y Battey, en 1872, inauguraron la cirugía anexial, no era de presumir que á primeros del presente siglo hubiésemos logrado hacer de la laparotomía una operación benigna para esta clase de enfermedades, pues de benigna puede calificarse una intervención que, sea cual sea la técnica adoptada, si se practica en las condiciones debidas, no debe dar más que un 2 ó 4 por 100, y aun mucho menos en algunos casos (los no supurados) y para determinadas intervenciones (operaciones conservadoras y colpotomías). No hay duda que la enfermedad abandonada á sí misma produce mayor número de víctimas que sometida á la acción del bisturí, y, por lo tanto, la elección no es dudosa. De una parte, enfermas inválidas para el trabajo y para la vida social y de familia,

---

(1) Ponencia del tema: *Cirugía conservadora en las lesiones anexiales*. Congreso de Madrid, Actas, pág. 111.

(2) Primera serie de diez ovariectomías por el autor; Barcelona, 1886, pág. 17.



con peligro de muerte más ó menos remoto para algunas de ellas, y de otra, la desaparición de toda molestia en un 75 por 100 de casos, y alivio bastante para una vida útil en los demás, á cambio de un peligro mucho menor que abandonadas las enfermas á sí mismas, impiden que ningún ginecólogo sea sistemáticamente abstencionista: si alguno hubiera, tendríamos, siendo con él benévolo, que clasificarlo en la tercera clase, ó de *ignorantes*, de las cuatro que Manaughton-Jones admitía en una comunicación á la *British Gynecological Society* (1).

Actualmente la cuestión está resuelta y la legitimidad de la intervención quirúrgica en las infecciones anexiales nadie la discute. Podrá ser objeto de controversia si debe prodigarse más ó menos y si en un caso concreto debe ó no recurrirse á la intervención, pero aun en este terreno cada día vamos ganando en el sentido de ser aceptable un amplio criterio intervencionista, por la benignidad que van alcanzando las operaciones, de una parte, y, de otra, por los esfuerzos que con éxito se realizan para convertir las operaciones mutilantes en conservadoras.

No es menos cierto, sin embargo, que cada caso de este grupo debe ser objeto de un estudio especial antes de sentar la conveniencia de una intervención quirúrgica, que el ginecólogo tiene que resolver atendiendo á los resultados que obtenga, al diagnóstico y circunstancias especiales de la enferma y hasta á su posición social y sus deseos. Todo ello es objeto del estudio hecho de cada enfermedad en particular.

*Contraindicaciones.* — Aparte las contraindicaciones generales que puedan existir, actualmente muy reducidas (2), existen consideraciones especiales en ciertos casos de este grupo que valen la pena de ser tenidas en cuenta.

La contraindicación principal es que muchas de las intervenciones tienen un carácter mutilante y arrebatan á la mujer los atributos de la sexualidad y la convierten en asexuada y estéril. Esta contraindicación es puramente relativa al criterio del ginecólogo; si en todos los casos aplica un criterio uniforme y convierte todas las operaciones sobre los anexos en intervenciones mutilantes, extirpando de una vez todo el aparato genital, no hay duda que es ello una contraindicación, porque de este modo se destruye una función y se produce en la mujer una menopausia prematura, que muchas veces no habría ocasionado la enfermedad motivo de la indicación.

Si, por el contrario, el ginecólogo con un criterio oportunista no emplea una técnica general para todos los casos, sino métodos especiales en consonancia con las lesiones existentes, no existe tal contraindicación, pues cuando se vea obligado á sacrificar ambos anexos, solos ó junto con el útero, será porque las lesiones así lo exigen y la existencia de la función genital estaba ya de hecho abolida por la enfermedad.

Tiene perfecta aplicación lo dicho en otro lugar ó sea que las contraindicaciones son relativas á la fuerza y perentoriedad de las indicaciones. Es verdaderamente absurdo aplicar la castración total en un caso de degeneración mi-

(1) *The British Gynecological Journal*, t. XVIII (1902), pág. 295.

(2) Véase tomo I, pág. 294.



cro-quistica de ambos ovarios, y esta misma operación es perfectamente justificada cuando existe una metritis crónica con lesiones supuradas é irreparables de ambos anexos.

También en este terreno las diferencias de criterio van desapareciendo, gracias á los progresos de la ciencia, pues, según veremos luego al estudiar los fundamentos de las operaciones conservadoras, la contraindicación debida al hecho de quedar aniquilada la función genital por la acción quirúrgica, apenas existe, por cuanto se procura conservar lo que la enfermedad no ha destruído.

Con el criterio que va imperando en esta clase de operaciones, no sólo resulta una contraindicación el temor de destruir una función tan interesante como la reproducción, sino que algunas veces puede convertirse en indicación, cuando con nuestra técnica podamos restablecer un funcionalismo definitivamente comprometido por la dolencia. Realmente, gracias á las operaciones conservadoras, no son hoy día pocos los casos en que se ha visto restablecida la fecundación. De ello resulta que, con los progresos actuales, lo que antes pudo ser una dificultad y merecer fundadas censuras, es hoy una fuente no despreciable de indicaciones.

Casos hay en que no puede menos nuestra intervención de ser mutilante, pero cuando es así, téngase por seguro que la función reproductiva estaba por completo abolida; dada esta premisa, quien haya visto de cerca las molestias de una menopausia operatoria, para compararlas con los peligros y sufrimientos que justificadamente dieron lugar á la mutilación, no dudará un instante en prescindir de aquéllas para dar su consejo en un caso concreto.

Una contraindicación relativa, que juzgo muy digna de tenerse en cuenta, es la referente al estado febril de la enferma. Por muchos se ha considerado, y aun se conceptúa como síntoma indicando urgencia en la intervención de una supuración anexial, la temperatura elevada que acompaña á los períodos de agudización de la dolencia. Dejando de lado los muy pocos casos en que se ve la vida amenazada por la intensidad de la infección, lo que puede originar indicaciones vitales ante las que no debe retroceder el ginecólogo, en los demás debe tenerse paciencia y no aguardar á que los fenómenos locales y generales de flogosis pelviana hayan desaparecido, es decir, debe aguardarse á operar *en frío*.

En mis primeros casos tuve ocasión de convencerme de la gravedad inusitada de las intervenciones anexiales por medio de la laparotomía, cuando están en período de agudización; y como la observación atenta demuestra que muy raras veces termina ésta fatalmente, sino que, por el contrario, el reposo y un tratamiento adecuado conducen seguramente á una remisión durante la cual tenemos un periodo oportuno para la intervención, desde hace muchos años considero como una *contraindicación relativa el aumento de temperatura*, y muchas veces he retrasado una intervención para dar lugar á que desaparecan los fenómenos locales y generales de infección.

Muchos autores aplican á las intervenciones anexiales el mismo criterio que al tratamiento de las apendicitis: en éstas como en aquéllas, la operación *en frío* es casi inocua; Faure expresa la idea dominante hoy cuando dice (1):

(1) *Chirurgie des annexes de l'utérus*, pág. 147.



«Es preciso evitar el intervenir, en cuanto sea posible, durante un ataque agudo.»

Sabemos que con frecuencia el pus de las trompas y del ovario es estéril (1), pero durante los períodos de fenómenos infectivos agudos no encontraremos el pus en estas condiciones; podrá suceder que, estando larvada clínicamente una supuración anexial, contenga microbios vivos, pero durante los ataques de agudez no sólo los tiene vivos sino, además, virulentos. Operando *en frío* busquemos todas las probabilidades de encontrar un pus estéril ó por lo menos muy atenuado en su virulencia, y en tales condiciones podrá darse el caso, que tanto admiraba á los que lo presenciaban en manos de Lawsson-Tait, de que se inunde de pus la serosa peritoneal sin que la enferma sufra las consecuencias de tal contratiempo.

Indudablemente la enferma que está sufriendo un ataque agudo de flogosis pelviana se halla en las peores condiciones para sufrir nuestra intervención; de una parte, su organismo intoxicado por la reabsorción de los productos sépticos elaborados por la flogosis ofrece menos resistencia al *shock* operatorio, y de otra, la más importante, el traumatismo operatorio en la zona misma de invasión microbiana es un gran medio de difusión de la infección y, por tanto, á propósito para producir infecciones agudas post-operatorias, aun suponiendo que se evite el contacto del pus con el peritoneo sano.

Aparte la importancia que tiene esta cuestión de oportunidad operatoria para reducir al mínimum la gravedad de nuestras intervenciones, tiene bajo otro aspecto una gran trascendencia; no cabe duda que toda infección tiene una tendencia mayor ó menor á agotarse, necesitando para ello más ó menos tiempo, durante el cual pierden los microbios su virulencia y poder invasor (2) y las lesiones se circunscriben á un órgano ó región del mismo. ¡Cuántas veces, después de varios ataques de salpingo-ovaritis, interviniendo en frío, se encuentra que la infección ha respetado todavía un ovario, ó parte del mismo, y una trompa, que podemos abandonar en nuestra intervención haciendo una operación conservadora! Si se operase en caliente, nadie es capaz de limitar las zonas invadidas y se imponen las operaciones mutilantes. Con el fin de aprovechar en lo posible la corriente hoy dominante de hacer operaciones conservadoras, se impone la regla general de operar en frío las lesiones infectivas de los anexos.

OPERACIONES MUTILANTES Y OPERACIONES CONSERVADORAS. — Indudablemente, el gran sentido clínico y la valiosa experiencia de Lawsson-Tait han tenido una influencia decisiva en el carácter de las intervenciones sobre los anexos del útero durante muchos años. Después de decir que rinde culto al principio científico *de que no debe extirparse un órgano que puede considerarse sano* (3), analiza 26 casos en que así ha procedido, y aunque declara que no considera ese material suficiente para decidir la cuestión, deduce la regla práctica siguiente: *Cuando una enferma sufre bastante para justificar una sección abdominal por lesiones crónicas de los anexos del útero, si se encuentra que sólo*

(1) Véase pág. 441.

(2) Véase tomo I, págs. 80 y siguientes.

(3) *Traité clinique des maladies des femmes*, pág. 556.



*están atacados los órganos de un lado, no obstante la ablación debe ser bilateral si deseamos que la enferma saque un beneficio completo y durable* (1). En trabajos posteriores defendió con todo ahinco esta práctica, que adoptaron casi todos los ginecólogos, y de aquí nació la castración bilateral, practicada sin distinción en todos los casos de lesiones crónicas de los anexos.

En la ponencia que Segond presentó al Congreso de Bruselas (1893) sobre las *supuraciones pelvianas*, al describir y defender la histerectomía vaginal que Pean había introducido hacia poco en la práctica ginecológica, dice que *las indicaciones de la histerectomía son las mismas que las de la ablación bilateral de los anexos por laparotomía* (2). Pean, Duret, Doyen y muchos otros defendieron análoga tesis, y casi la única voz autorizada que combatía las conclusiones de Segond fué Sanger, quien limitó sus indicaciones á casos muy especiales (3). La operación se generalizó y á la castración bilateral sustituyó para algunos la castración total por la vía vaginal.

En el Congreso de Ginebra, en 1896, se discutió el mismo tema de las supuraciones pelvianas; Bouilly en su ponencia defiende la supremacía de la histerectomía vaginal; pero no es tan absoluto como lo fué tres años antes Segond (4). Richelot, Doyen y, en general, los cirujanos franceses, defienden la castración total por la vagina. Sanger en su ponencia, reflejo del modo de pensar de los ginecólogos alemanes, no acepta el criterio de la histerectomía vaginal como método el más común contra las anexitis, sino que defiende un criterio oportunista y principalmente prefiere la vía alta, para mejor seleccionar los casos y hacer, cuando sea posible, cirugía conservadora (5). Kelly lleva la voz, en su ponencia, de la Ginecología americana (6); sólo acepta la vía vaginal para la incisión y preconiza la laparotomía, en substitución de la vía vaginal, tanto para hacer operaciones conservadoras como para practicar la castración bilateral ó la castración total.

Desde este momento quedan establecidos los métodos de castración bilateral abdominal, castración vaginal total y castración abdominal total.

Todavía dominaba en la generalidad la idea primera de Lawsson-Tait, y las operaciones completas mutilantes eran defendidas y practicadas por una gran mayoría, sobre todo entre los ginecólogos franceses.

Era preciso destruir la conclusión de Lawsson-Tait, que, aunque fundada en hechos clínicos y de observación adolecía del defecto de que su autor no disponía de la posición de Trendelenbourg, que permite una completa y fácil inspección de los anexos, ni conocía tan bien como se conoce hoy el curso de las infecciones anexiales.

Martin, Schroeder y muchos otros, en Alemania; Pozzi, Monprofit, Schwartz, Richelot, etc., en Francia; Sinclair, Smith, Gordon, en Inglaterra; Dudley, Kelly, Polk y muchos otros, en América, han proclamado y defendido principios dis-

(1) *Loc. cit.*, pág. 563.

(2) *Actas del Congreso de Bruselas, 1894*, pág. 65.

(3) *Loc. cit.*, pág. 111.

(4) *Comptes rendus, Ginebra, 1897*, pág. 60.

(5) *Loc. cit.*, pág. 118.

(6) *Ibidem*, pág. 138.



tintos de los de Lawsson-Tait y demostrado la posibilidad de una ginecología conservadora. Los hechos han venido desde hace tiempo acumulándose y demostrando que es perfectamente viable para ciertos casos una cirugía más conservadora que la que se venía realizando, y en el Congreso de Madrid (1903) las ponencias de Treub, Dudley y mía, al tema *Cirugía conservadora en las lesiones anexiales* (1), fueron decididamente favorables á esta orientación y demostraron los felices resultados que pueden obtenerse.

Actualmente existen las dos tendencias y, mejor que tendencias, prácticas: de un lado, los que ejecutan operaciones totales en la mayoría de casos, y de otro, los que preconizan operaciones conservadoras siempre que están indicadas; los primeros se fundan en la facilidad con que enferman los otros anexos en el porvenir, según creyó Lawsson-Tait; en que el útero sin ovarios y trompa es un órgano inútil; en que hay enfermas que, aun después de extirpados los anexos, continúan sufriendo, y se impone á veces una histerectomía secundaria; en que la función genital tampoco se restablece en órganos tan lesionados, y, finalmente, en razones puramente técnicas en virtud de las cuales resulta facilitada la intervención.

Cada una de estas razones debidamente analizada, carece de base. En mi ponencia al Congreso de Madrid aporté 35 casos con una defunción, y de los 34 no se presentó recidiva más que en uno en el cual ya apuntaba la creencia de que quizás fuera precisa otra intervención, y realmente así ha sucedido, en la primera estadística de Lawsson-Tait, que comprende 26 operaciones unilaterales, fracasó en 13 por completo, necesitando una segunda operación ó muriendo por no haberse practicado; hoy sólo se comprenden resultados tan defectuosos por los pocos medios técnicos de que disponía tan eximio ginecólogo. En la ponencia de Dudley figuran 2.168 casos de diferentes operadores norteamericanos, y dice que el número de enfermas que no han beneficiado bastante de la operación respecto á sus sufrimientos (2), puede calcularse en un 10 por 100; debe tenerse en cuenta que algunos de los ginecólogos que figuran en las estadísticas de Dudley practican sistemáticamente operaciones conservadoras, sean las que sean las lesiones anexiales, y debe notarse que la falta de éxito se refiere á manifestaciones dolorosas, pero no á accidentes peligrosos. No hay por qué repetir estadísticas; actualmente es un hecho demostrado que las operaciones conservadoras en los casos en que están bien indicadas, no exponen ni mucho menos á recidivas frecuentes.

Es una exageración el afirmar que el útero es un órgano inútil cuando es preciso extirpar los anexos; claro que con una extirpación total de los anexos, no puede realizarse la fecundación y el órgano uterino no puede desempeñar su principal papel de anidar el huevo; pero no es menos cierto que muchas enfermas sin anexos han seguido menstruando con más ó menos regularidad, y que, juzgando por lo que yo he visto, la menopausia es menos ruidosa, persistiendo el útero, y la atrofia de los genitales menos marcada, por cuyos motivos, como Martin, creo que pocas veces es necesario extirpar el útero aunque sea precisa la ablación bilateral de los anexos. Si el útero está sano no hay motivo

(1) Actas del Congreso de Madrid, págs. 96 y siguientes.

(2) *Loc. cit.*, pág. 182.



para extirparlo, pues posteriormente no ocasiona sufrimientos; en muchos casos, aun habiendo pasado la infección por el útero para alcanzar las trompas, queda aquél indemne en el momento de nuestra intervención.

Los hechos en que se apoyan Bauilly, Richelot, Segond y otros, en los que los sufrimientos que ocasiona el útero después de la castración bilateral exigen una histerectomía consecutiva, no carecen de valor, y yo puedo decir que dos veces me ha ocurrido (hace del uno quince años y del otro cuatro) tener que practicar una histerectomía secundaria. Las estadísticas de dichos autores marcan un 6 ó 8 por 100 de casos (1) en los que ocurre tal contingencia, y eso quiere decir sencillamente que en estas enfermas está indicada la histerectomía á la vez que la castración bilateral, pero ello no es motivo para que se extirpe el útero en el 90 por 100 restantes. Significa claramente que rechazar en absoluto un método determinado, es contrario á los hechos, que con su variedad exigen también variedad de procedimientos.

Con las operaciones conservadoras la función genital se mantiene en todo ó en parte, aun en las operaciones hechas por colpotomía, mucho menos á propósito que en las hechas por laparotomía. Treub, en su estadística de 118 casos presentada en el Congreso de Madrid, y Martin con su inmensa práctica, hacen constar que la función menstrual se conserva íntegra, y aun algunas veces, si bien menos que en las operaciones abdominales, sobreviene el embarazo. Fauré (2) refiere un caso personal y Magnin ha podido reunir 29 casos. Cuando se procede por laparotomía, en que las operaciones plásticas son más fáciles, no sólo se conserva la menstruación, sino que el embarazo deja de ser una rareza; en mi estadística de 34 casos, concibieron 8 enfermas, y entre las 2.168 de los ginecólogos norte-americanos, reunidas por Dudley, constan 226 que concibieron, lo que representa un minimum de 10 por 100, aparte que hay que contar con algunos de los que no se tiene conocimiento.

La elección de procedimiento tenía su razón de ser cuando la gravedad era mayor, según la técnica empleada; pero actualmente, en que tanto las operaciones por la vía vaginal como por la abdominal se han equiparado en cuanto á benignidad, no ofrece dudas. Por otra parte, la ventaja existe de parte de las operaciones conservadoras, cuya mortalidad excede apenas de 1 ó 2 por 100 (3), mientras que la castración total cuenta un 3 ó un 4. Si para terminar una operación en diez minutos hemos de sacrificar órganos importantes, en vez de hacer ginecología científica, hacemos ginecología artística, y aunque fuese muy atendible, nunca hemos de sacrificar á su brillantez el principio de *primum non nocere*, y no cabe duda que suprimir sin necesidad una función como la menstruación y la fecundación es dañar á la mujer (4).

Ningún derecho tenemos á despreciar la función genital femenina. La mujer tiene en gran estima su patrimonio sexual, y únicamente por motivos poderosos está dispuesta á hacer el sacrificio del mismo. He visto muchas mu-

(1) Véanse los mismos trabajos citados.

(2) *Loc. cit.*, pág. 161.

(3) Véanse los trabajos citados de Treub y Dudley.

(4) Véase: *Ginecología artística y Ginecología científica*. Discurso de turno del autor en la Academia y Laboratorio de ciencias médicas de Cataluña. Barcelona, 1906.



jerés que han retrocedido ante una intervención, no por temor á su gravedad, sino á la esterilidad consecutiva, y otras muchas que aceptarían gratamente cierto peligro á cambio de probabilidades de una fecundabilidad que no poseen. Aun esas múltiparas que deploran su excesiva fecundidad, y las que por motivos bastardos desean la esterilidad, pocas son las que aceptarían ver satisfechos sus deseos á cambio de perder por completo sus órganos sexuales.

Si no fuera porque acusa nuestra impotencia la necesidad de arrancar un órgano, porque somos impotentes para abolir su enfermedad conservándolo, debería el ginecólogo ser partidario de las operaciones conservadoras para satisfacer el anhelo íntimo de sus enfermas, que depositan en él con confianza ilimitada el cuidado de su salud, de sus funciones y de su vida. Son en gran mayoría las que preferirían cierto peligro á cambio de conservar sus atributos sexuales.

Son muy atinadas las observaciones de Manaughton-Jones (1) al decir que debe instruirse á la enferma de lo que puede ocurrir, y que él no se consideraría nunca autorizado á extirpar, por simples sospechas, unos anexos que pudieran enfermar, no ya estando sanos, sino aun con ligeras lesiones, sin haber obtenido previamente el consentimiento de la enferma.

Como este consentimiento ha de ser siempre condicional y supeditado al criterio del ginecólogo, quien ha de juzgar de la importancia de las lesiones que encuentre, de aquí la importancia inmensa que tienen las orientaciones del operador y la responsabilidad que le incumbe en cada caso.

Sin duda que es anticientífico decir que uno es partidario de operaciones radicales y otro de operaciones conservadoras, porque no existe una doctrina para unos y otra para otros, sino que hay casos susceptibles de una operación parcial y otros que exigen una intervención mutilante, y el ginecólogo debe resolverlo con sus apreciaciones, casi siempre durante el acto operatorio. No hay duda que en tal apreciación ha de tener grandísima influencia la convicción del ginecólogo acerca de los resultados que pueda obtener con unos y otros procedimientos y el conocimiento del carácter de las lesiones, para saber cuándo debe inclinarse en uno ú otro sentido. Casi siempre la enferma se entregará por completo al juicio del ginecólogo, y como dice Kelly (2), *éste en todos los casos debe obrar como si se tratara de una persona de su familia y esforzarse para evitar la mutilación*. Por este camino estoy convencido aguardan á la Ginecología grandes progresos, que la convertirán en más científica, más conservadora y más quirúrgica.

Las indicaciones de las operaciones conservadoras son varias; en cuanto á los ovarios, casi no hay caso que no se preste á conservar todo ó parte de un ovario: las esclerosis, la degeneración micro-quística, los quistes hemáticos y foliculares, la enfermedad quística de los ovarios y aun los abscesos ováricos; casi únicamente las supuraciones difusas del ovario, que es raro encontrar fuera del estado puerperal, son las que exigen una extirpación total de la entraña; en los demás, raro es que, si no todo, una pequeña porción del ovario no pueda ser conservada, y esa pequeña porción basta para sostener el funcionamiento geni-

(1) *Loc. cit.*, pág. 304.

(2) *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 173.



tal: una de mis enfermas, con un pequeño trozo, como un garbanzo, del ovario izquierdo, ha tenido dos hijos. No está todavía bien comprobado si tales resultados son debidos á que una pequeña porción sirva para sostener la función ovárica ó para dar lugar á una regeneración más ó menos completa de la glándula, según tienden á demostrar los experimentos de Ridone.

En las salpingitis, son susceptibles de intervenciones conservadoras las salpingitis catarrales, la simple obliteración del pabellón, algunas salpingitis nudosas, las hidrosalpingitis no muy voluminosas, las desviaciones y adherencias, las hemato-salpingitis y aun, según Dudley, Kelly, Polk y otros, ciertas pio-salpingitis, en las que la trompa se halla aislada, es movable y contiene un pus loable, sin señales clínicas recientes de virulencia. Respecto de estas últimas, hasta ahora no me he decidido á conservar una trompa llena de pus, pero son bastantes los casos en que, aun existiendo un pio-salpinx, la otra trompa no está supurada y cabe en ésta hacer la conservación. Creo que, bien elegidos los casos, aun en ciertas pio-salpingitis, y conociendo la enferma de qué se trata, puede hacerse ginecología conservadora; así lo abonan los autores mentados, así lo demuestran también los muchos casos curados por simple incisión. De ello me ha convencido algún ejemplar en que no me fué posible una extirpación tubárica completa, y sin embargo, curó radicalmente la enferma, y también abonan esta práctica los casos de curación espontánea por simple abertura de la colección á la vagina ó al recto. Basta recordar que un trozo de trompa es útil para servir de órgano conductor del óvulo, aunque éste proceda del ovario del lado opuesto; los hechos que demuestran este fenómeno son numerosos.

Como reglas generales para tomar indicaciones de operaciones conservadoras en las lesiones anxiales, podemos sentar las siguientes, que podrán servir de norma para resolver los casos dudosos durante la operación, ya que antes es difícil precisar los detalles diagnósticos:

1.<sup>a</sup> Para mantener la función genital, dado un útero en buen estado, bastan un trozo de ovario y una trompa, aunque sea acortada, así sean del lado distinto.

2.<sup>a</sup> En las lesiones tróficas de los anexos, casi siempre cabe una operación conservadora.

3.<sup>a</sup> En las afecciones infectivas puede emplearse una operación conservadora, siempre que la índole de las lesiones permita esperar una reintegración anatómica y funcional.

4.<sup>a</sup> Las operaciones conservadoras deben practicarse en frío y cuando las lesiones flogísticas han logrado todo su desarrollo ascendente ó invasor y existen todas las señales de haberse agotado la infección.

5.<sup>a</sup> No deben practicarse operaciones conservadoras si existen síntomas de agudez flogística que se descubran durante la operación, aunque el examen clínico no los hubiese revelado.

6.<sup>a</sup> Es muy expuesto practicar operaciones conservadoras en los casos de salpingo-ovaritis que recidivan con frecuencia, porque, aun operando en período de calma, suele existir la infección latente. Sólo cuando las recidivas ocurren muy de tarde en tarde, y las demás condiciones son favorables, puede hacerse una operación conservadora.

7.<sup>a</sup> Debe tenerse en cuenta que muchas lesiones que acompañan á las sal-



pingo-ovaritis, como exudados é infiltraciones, son accidentales y pasajeras y desaparecen con la causa que las originó.

8.<sup>a</sup> Por muy lesionados que estén los anexos de un lado, si los del lado opuesto están sanos éstos no deben nunca extirparse, en previsión de que puedan enfermar.

Aun haciendo una verdadera selección de los casos tributarios de operaciones conservadoras, resta una gran mayoría en los cuales se impone, hoy por hoy, una intervención mutilante, consistente en la *salpingo-forectomía ó castración bilateral*. Cuando la supuración ha atacado ambos anexos y las trompas presentan una gran hipertrofia, cuando la indicación nace de ovarios quísticos supurados en ambos lados, cuando flogosis antiguas, difusas y repetidas, han convertido los anexos en masas informes, cuando con menos lesiones la ménopausia está próxima, debe procederse á la enucleación y extirpación de los anexos. En nuestro país estos casos constituyen la mayoría, porque tales lesiones, si bien pueden alguna vez desarrollarse en poco tiempo, en general son efecto de alteraciones largo tiempo sostenidas, que van alterando y deformando los órganos, inhabilitándolos para una reconstitución. Cuando está demostrada la incurabilidad de una salpingo-ovaritis por los medios médicos, la intervención precoz puede sorprender las lesiones en período todavía hábil para la reconstitución anatómica y funcional, mas para ello se necesita una disciplina y educación quirúrgica de la que nuestro público está muy distanciado. La benignidad de nuestras intervenciones autoriza esas operaciones prematuras, que evitan una operación mutilante que más tarde será indispensable.

A pesar de que hace años profeso gran cariño y afición á las intervenciones conservadoras, soy algo rigorista al apreciar las circunstancias que en cada caso las hacen viables, por lo que tengo relativamente pocas oportunidades de llevarlas á cabo, ya que la mayoría de salpingo-ovaritis que vienen á mi observación y en las que he de intervenir quirúrgicamente, están tan adelantadas que casi siempre me veo obligado á practicar la ablación de ambos anexos.

Si el útero está sano, sin hipertrofia, ni metritis, ni leucorrea, no existe indicación de llevar la mutilación más allá y debe respetarse el órgano uterino.

Hay cierto número de enfermas en las que existe indicación de extirpar el útero á la vez que los anexos, practicando la *castración total ó histero-oro-salpingectomía*. Estos casos son aquellos en que existe una metritis, una hipertrofia ó una sub-involución; cuando coexistan con las anexitis pequeños miomas; cuando el útero está enclavado entre masas flogísticas de ambos anexos y forma con éstas un bloque difícil de separar (fig. 243); cuando sus íntimas adherencias con el recto ó la vejiga no permiten esperar que quede un órgano libre y móvil dentro de la pelvis; cuando en el curso de una enucleación de anexos un accidente operatorio, como una hemorragia de la uterina, una herida del recto, del uréter ó de la vejiga necesitan reparación, y ésta puede hacerse más fácil y segura extirpando el útero. También puede aceptarse como exigencia técnica en operaciones laboriosas y difíciles que puedan convertirse en fáciles mediante la histerectomía, debiendo hacer constar que este caso rara vez se presenta. Así comprendidas las indicaciones de la castración total, encontraremos justificada la intervención aproximadamente en un 20 por 100 de casos de los que necesitan intervención quirúrgica.



Las operaciones destinadas á cumplir las indicaciones quirúrgicas en las enfermedades infectivas de los anexos son muy variadas y pueden realizarse *por la vía vaginal y por la abdominal*. A veces cabe la elección entre la vía alta y la baja, pero generalmente cada caso presenta sus ventajas de ser operado por el abdomen ó por la vagina, y esta selección se hará mejor después de conocer la técnica de cada intervención, las facilidades que proporciona y los resultados que se obtienen.

## OPERACIONES POR LA VÍA VAGINAL

**COLPOTOMÍA.** — El significado de la palabra *colpotomía* puede variar según el objeto que con dicha operación nos proponemos.

*Colpotomía simple*, cuando tratamos por el procedimiento de la incisión las colecciones purulentas inmediatas á la vagina, como el absceso peritoneal del fondo de Douglas ó del fondo de saco véstico-uterino (éste muy raro) y el flemón peri-uterino ó de la vaina hipogástrica; *colpo-salpingotomía* cuando á través de la vagina penetramos en el fondo de Douglas y abrimos colecciones tubáricas, purulentas ó serosas; *colpo-ovariotomía* cuando es un absceso ó colección ovárica la que abrimos. En rigor todas estas operaciones forman una misma categoría, porque, aunque hay mucha diferencia entre abrir un absceso peri-uterino y una colección purulenta tubárica ú ovárica, éstas por lo común han adquirido adherencias con el peritoneo de Douglas y su pared está confundida con la cubierta serosa; y si bien á veces existe un espacio entre la colección tubárica y el peritoneo, este espacio no comunica con la gran serosa, porque las adherencias altas le aíslan y siempre resulta una operación aislada de la gran cavidad abdominal. Por eso no hay necesidad de establecer distinciones y todas estas variedades caben dentro de un mismo estudio.

La cosa cambia cuando penetramos en el peritoneo sano á través del fondo de saco anterior ó posterior, para descubrir los anexos del útero y practicar operaciones en los mismos. En rigor no es más que una colpotomía, pero con ella vamos á la región de los anexos, y la abertura del fondo de saco representa lo mismo que la incisión laparotómica; algunos autores llaman á esta variedad *laparotomía vaginal* ó *colpoceliotomía*. Como con esta operación se ha pretendido sustituir la laparotomía, vale la pena de hacer de ella una indicación separada, para no confundirla con las de colpotomía, que siempre se dirigen contra procesos flogísticos de la pelvis.

La colpotomía es una operación antigua que habían practicado Recamier, Velpeau y otros cirujanos anteriores á la época actual. Siempre que el tacto demostraba una colección asequible por la vagina, se recomendaba y practicaba su incisión. Casi había caído en olvido, quedando su uso exclusivamente limitado á las colecciones pelvi-celulíticas y pelvi-peritoníticas, cuando Lawson-Tait obtuvo tan maravillosos éxitos, enucleando por la laparotomía las colecciones tubáricas. Martin en Alemania, Bouilly en Francia, Treub en Holanda y Kelly en América, han vuelto á preconizar dicha intervención, haciendo extensivas sus aplicaciones á ciertos casos de colecciones anexiales, y actualmente no



existe ginecólogo que no la cuente entre las intervenciones usuales para casos determinados y no la practique en más ó menos escala.

La técnica de la operación es por demás sencilla: consiste en practicar una incisión transversal en el fondo de saco posterior ó en el anterior, practicando una *colpotomía posterior* ó *anterior*. La *colpotomía lateral*, por más que Stratz

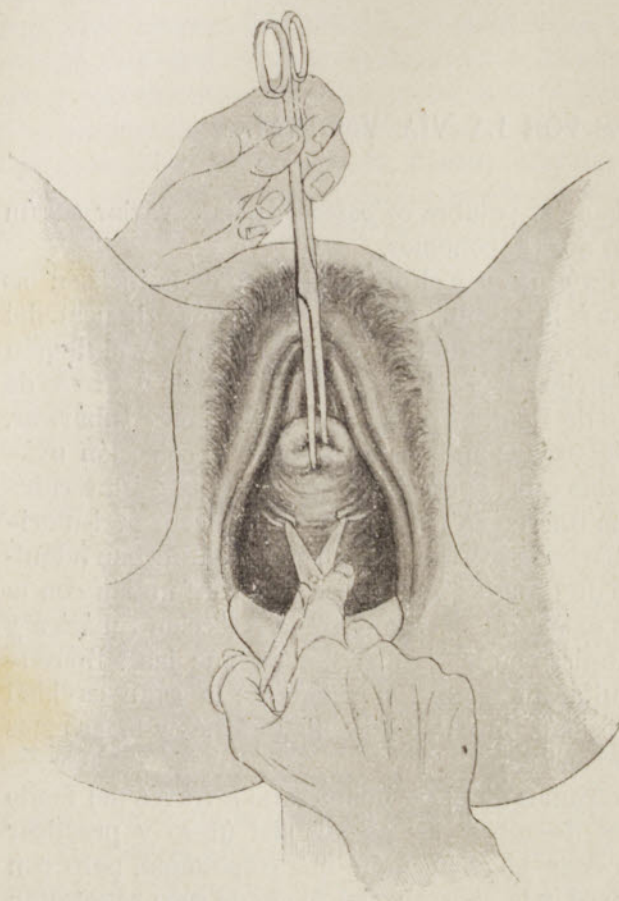


FIG. 247

*Colpotomía posterior.*

la ha recomendado en los casos de flemones de la vaina hipogástrica, no debe practicarse, por ser una región peligrosa y expuesta á heridas de la uterina y del uréter á poco que haya necesidad de profundizar para alcanzar el pus. En cambio, por delante y por detrás del cuello del útero tenemos espacio para profundizar lo necesario.

La *colpotomía posterior* (fig. 247) se practica aplicando una valva, para deprimir el periné y la pared vaginal posterior, y una pinza de garfios en el cuello del útero, para tirar de éste algo hacia abajo y adelante y poner al descubierto el fondo de saco posterior. Con unas tijeras, preferible si son algo curvas sobre el plano, se incinde inmediatamente detrás del cuello, transversalmente y en la longitud de unos cuatro centímetros, la mucosa vaginal; se hace la incisión algo profunda y

con las tijeras se llega ya muchas veces á la cavidad de Douglas, particularmente cuando ésta se halla ocupada por una colección. No hay inconveniente en practicar la incisión con el bisturí, pero yo prefiero las tijeras.

Si la abertura practicada resulta pequeña, se introducen otra vez las tijeras y abriéndolas fuertemente se retiran, con lo que la abertura se ensancha por desgarro, con gran ventaja, porque las partes laterales del fondo de saco posterior son más vasculares y es preferible abrirlas por desgarro que por incisión.

Cuando se trata de una colección pelvi-peritonítica, el pus sale muchas veces al practicar la incisión porque está muy próximo á la mucosa: es la indica-



ción más clara de colpotomía posterior. En seguida se ensancha la abertura para que el desagüe sea completo.

Si la indicación procede de una colección en la base del ligamento ancho, como ésta se halla en un lado por lo común, pero más hacia la parte posterior de dicho ligamento, llevando la incisión un poco más hacia el lado correspondiente, se alcanza el pus, y si esto no basta, el dedo llevado á la abertura practicada puede alcanzar fácilmente la colección dirigiéndolo hacia el ligamento ancho y penetrando fácilmente y sin ningún peligro en la cavidad supurada. Cuando el flemón peri-uterino presenta prolongación al parametrio posterior, sale el pus en cuanto se incinde la mucosa, y si su prolongación es hacia el para-colpos y forma abolladura blanda en la pared lateral de la vagina, puede incidirse directamente, porque el peligro de los uréteres y de la uterina sólo existe cuando hay que profundizar bastante. La indicación de la colpotomía en estos casos es también indiscutible.

Otras veces abierto el fondo de Douglas, y no tratándose de lesiones peritoneales ni celulíticas sino anexiales, nos encontramos con la pared de la trompa ó del ovario yuxtapuesta al peritoneo de Douglas y la abrimos con las mismas tijeras. Pero si está algo separada es mejor abandonar las tijeras y explorar con el dedo la situación de la cavidad, si hay ó no fluctuación, y muchas veces el dedo basta para desgarrar las paredes y penetrar en el foco. Si encontramos resistencia podemos llevar hacia la tumoración anexial una pinza guiada por el dedo é introducirla por desgarro, abriéndola luego para dejar una abertura mayor.

Cuando se abre el peritoneo de Douglas sale á veces una cantidad de serosidad más ó menos turbia que puede hacer creer en la abertura del foco principal, siendo así que no es otra cosa que una pequeña cantidad de derrame producida por un foco que está más alto; el dedo debe reconocerlo y buscarlo para dar salida al pus.

Cuando se ha abierto una colección anexial debe explorarse siempre con el dedo si algún tabique separa alguna otra colección: así se abren á veces sucesivamente varias cavidades. Recuerdo un caso en que abrí cuatro cavidades distintas, una en la trompa izquierda y dos en el ovario del mismo lado, quedando todavía en éste otra cavidad supurada que comprobé en una laparotomía practicada más tarde.

En algún caso, en vez de practicar la incisión transversal tal como queda dicho, habiendo encontrado que la tumoración del Douglas descendía muy abajo, formando una gran colección que llegaba á media vagina, muy separada ésta del recto por el espesor de la colección, he seguido una práctica mucho más sencilla. He cogido un bisturí con la mano derecha y con la izquierda lo he conducido sobre la tumoración, protegiendo los tejidos vecinos y practicando una incisión longitudinal de abajo arriba de cuatro á seis centímetros de longitud. Tiene la ventaja de sangrar menos y desaguar mejor el Douglas que la incisión transversal, pero, para no herir el recto, sólo es aplicable á las grandes colecciones.

La colpotomía anterior es de rara aplicación á la evacuación de colecciones purulentas, porque son muy raras en esta región; si se trata de una colección para-vaginal es sumamente sencilla la incisión, y cuando se trata de un foco



de pelvi-peritonitis anterior, entonces, separando la vejiga de la cara anterior del cuello, se llega al fondo peritoneal vésico-uterino y se evacúa el pus; una sola vez he tenido ocasión de hacer esta colpotomía, y aun fué un error de diagnóstico, pues yo había creído que se trataba de un fibroma de la pared anterior del cuerpo del útero y mi colpotomía era el primer tiempo para descubrir el mioma y practicar una histero-miomectomía vaginal.

Los accidentes de la colpotomía posterior son muy pocos y fáciles de evitar. La hemorragia es á veces algo regular en los primeros momentos, pero nunca exige otra hemostasia que la que se practica terminada la operación por medio del taponamiento. Más importante es la herida del recto ó del intestino delgado, que ha ocurrido algunas veces como accidente operatorio; el recto puede lesionarse al practicar la incisión si se dirige la punta de las tijeras demasiado atrás; por eso es preferible cortar cerca del cuello, sobre todo cuando no hay gran colección en el Douglas, y abandonar pronto el instrumento cortante y substituirlo por el dedo. El intestino delgado puede interesarse cuando, buscando cavidades profundas en la pelvis, se confunde un asa intestinal adherida con una colección purulenta; únicamente el tacto puede salvarnos de este accidente; no me ha ocurrido nunca la herida del recto ni del intestino. Otro accidente que puede tener fatales consecuencias consiste en llegar con los dedos á romper la barrera que separa el peritoneo sano de la zona inflamada y contaminar la serosa dando lugar á una peritonitis; para evitar esos accidentes hay que ser muy prudente en las exploraciones, sobre todo cuando auxiliamos el dedo, ó los dedos que exploran, con la mano izquierda en el hipogastrio, para hacer asequibles colecciones que de otro modo escaparían á nuestra intervención. Para evitar este accidente, no debe olvidarse que la zona de acción de la colpotomía es la pequeña pelvis y que no es prudente llegar á ciegas á la parte alta, porque nos exponemos á convertir en peligrosa una operación que no debe serlo. Alguno de los fracasos de Treub (1), Kelly (2) y otros, son probablemente debidos á haber exigido de la colpotomía más de lo que puede dar.

La operación se termina dejando evacuar todos el pus posible y secando las cavidades con pequeñas gasas esterilizadas, que se pasarán con gran suavidad por los focos abiertos procurando no desprender adherencias. Aunque algunos autores recomiendan practicar irrigaciones, las juzgo contraindicadas y no las he practicado nunca. En seguida se aplica el drenaje de la manera siguiente: un tubo de ocho milímetros, de paredes regulares, se introduce no muy profundamente y á su alrededor se practica un taponamiento suave con tiras de gasa esterilizada ó yodoformizada, que rellena todos los huecos sin hacer compresiones fuertes y mantiene abierta la incisión vaginal; en seguida se aplica un taponamiento vaginal suave también. Con ello basta para asegurar el desagüe y cohibir la pequeña hemorragia que pueda haber.

A menos de indicación especial no se renueva el apósito hasta el cuarto ó quinto día; entonces se practica una irrigación del foco, con poca presión y con solución de lisol ó formol, y se renueva el taponamiento poniéndolo más pequeño; después de diez ó doce días puede prescindirse del taponamiento en los

(1) *Actas del Congreso de Madrid*, pág. 102.

(2) *Operative Gynecology*, pág. 223.



casos usuales; el tubo se retira á la primera cura. A los diez ó doce días la enferma se levanta para asegurar mejor el desagüe espontáneo, y en adelante no queda sino vigilar que la abertura no se cierre en tanto sale por ella más ó menos pus.

En la convalecencia de la operación se nota siempre una grande é inmediata mejoría que á veces termina con la curación completa; otras veces la mejoría es pasajera y los fenómenos se reproducen á no tardar. Cuando ha habido herida intestinal, en general se cura espontáneamente y con rapidez. He de notar una complicación rara que he visto dos veces después de la colpotomía y es la formación espontánea de una fístula estercorácea; en ambos casos se trataba de pelvi-peritonitis de naturaleza tuberculosa, supuradas y rebeldes; atribuyo la complicación á la naturaleza de la dolencia que ocasionó la intervención. Igual complicación señalaba Treub (1) en alguno de sus casos.

Desde luego me parece preferible la técnica descrita á la que desde hace muchos años empleaba Laroyenne de Lyon, quien procuraba alcanzar la tumoración por la exploración combinada é introducía un trócar desde la vagina hasta su cavidad; este trócar tiene una ranura por la que se hace deslizar un bisturí, que debe agrandar la abertura lo suficiente para asegurar el desagüe, aplicando luego un tubo ó un taponamiento; prefiero con mucho la técnica descrita, porque deja más al descubierto las lesiones y se llega á las mismas con mayor seguridad. Chaput ha inventado una pinza especial puntiaguda. Sin duda que ningún procedimiento puede suplir al descrito.

El pronóstico de la operación es realmente benigno. Yo poseo unos 60 casos sin una sola defunción, pero no llevo mis operaciones de colpotomía tan lejos como los partidarios decididos de esta intervención que pretenden suplir con ella la laparotomía y la colpo-histerectomía. Treub tiene dos casos de muerte en 118 colpotomías. Rosenblatt, en una estadística de 331 casos, encuentra cinco defunciones. Kelly, en 65 operadas, señala dos muertos. Aun dando á la intervención la extensión que le dan estos autores, resulta una operación relativamente benigna y en la que hay que contar con una mortalidad de un 2 por 100, que queda reducida á cero limitando un poco las indicaciones.

En cuanto á los resultados lejanos obtenidos con la intervención, no hay duda que para determinados casos dejan bastante que desear, en tanto que para otros son perfectos. Treub al analizar los resultados obtenidos, cita algunos en los que ha sido preciso una segunda colpotomía; hace constar que en 118 colpotomías ha habido 14 fracasos completos, algunos con resultados medianos, y siete en los que ha sido preciso recurrir á una operación radical. Kelly hace constar que, de sus 65 casos, 32 quedaron completamente curados, algunos muy aliviados y unos pocos no encontraron mejoría; en cinco fué necesaria una operación radical consecutiva (2).

Mis resultados son parecidos á los de Treub y de Kelly. En más de la mitad de los 40 casos se trataba de colecciones peritoníticas y celulíticas y en éstas el resultado es perfecto y permanente. En unos doce casos, en que había seguramente lesiones de los anexos, dos fueron un fracaso completo y necesitaron una

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 31.

(2) *Loc. cit.*, pág. 223.



operación ulterior, tres más sufren igual y la necesitan, y las restantes ó muy aliviadas ó completamente curadas; prescindo de las que no tengo noticias.

Un hecho resulta cierto, y es que la operación puede calificarse de conservadora, pues las enfermas conservan su período menstrual y con él la esperanza de una fecundación, que en algunos casos se ha realizado según consta ya en páginas anteriores.

Ya veremos, al estudiar bajo el punto de vista curativo y funcional los resultados de operaciones conservadoras por procedimientos más radicales que los de la colpotomía, que ésta resulta inferior á pesar del optimismo de algunos autores como Treub.

Considero peligroso hacer de la colpotomía posterior un método general de tratamiento para las infecciones anexiales. Pienso que sus indicaciones se hallan limitadas á determinados casos y que en los demás tenemos otros procedimientos más eficaces y tan inocuos. Por tanto, limito las indicaciones á las siguientes:

1.<sup>a</sup> Las colecciones peritoníticas, sean ó no consecutivas á una salpingo-ovaritis. El resultado próximo y remoto será casi siempre bueno: alguna vez quedarán anexos enfermos, pero la colpotomía habrá despejado la situación, preparando el caso para otra operación en buenas condiciones.

2.<sup>a</sup> Las colecciones debidas á pelvi-celulitis que ocupan el parametrio: en ellas es enteramente eficaz é inocua.

3.<sup>a</sup> En las grandes anexitis supuradas, complicadas con peri-anexitis y en las que el estado general de la enferma ó los fenómenos de agudez no permitan otro procedimiento. La operación en estos casos puede ser curativa, pero cuando menos será paliativa y preparatoria de otra operación eficaz, pero impracticable, so pena de gravedad inusitada, en aquel momento.

4.<sup>a</sup> En ciertos casos de salpingo-ovaritis relativamente reducidas y prolapsadas y adheridas en el fondo de Douglas.

5.<sup>a</sup> En algunos, pocos, casos de pelvi-peritonitis aguda, en que la intensidad de la flogosis se presenta amenazadora y con el objeto de drenar el peritoneo pelviano. Representa entonces un verdadero desbridamiento y los resultados inmediatos son buenos.

Otros procedimientos propuestos para evacuar colecciones pélvicas purulentas, no se han generalizado porque carecen de la sencillez de la colpotomía.

Tales son: el *procedimiento de Wiedow* por la vía sacra, para ir á buscar las colecciones purulentas para-rectales con una incisión al lado del sacro y con ó sin resección del coxis y de parte del mismo sacro. La *perineotomía vertical de Hegar-Læfler*, que con una incisión ántero-posterior, desde el tercio posterior del gran labio se extiende hasta el lado correspondiente y por fuera del ano y va á buscar el pus á través del músculo elevador. La *perineotomía transversal de Zuckerkandl*, que con una incisión transversal en el periné, llega al fondo de Douglas, separando el tabique recto-vaginal.

Todos estos procedimientos carecen de la sencillez y eficacia de la colpotomía, y sin negar que en algunos casos muy especiales puedan tener una aplicación ventajosa, nunca pasarán de ser procedimientos de excepción.

COLPOTOMÍA ANEXIAL. — Llamada también *colpo-celiotomía*, tiene por objeto penetrar en el peritoneo pelviano por la vagina, alcanzar los anexos del útero



y practicar en ellos distintas operaciones, desde la salpingectomía ú ovariectomía hasta las operaciones conservadoras más variadas. Gaillard-Thomas propuso esta intervención para substituir á la laparotomía; la han preconizado con más ó menos entusiasmo Durhsen, Mackenrodt, Biford, Bouilly, Condamin, Doderlein, de Ott y otros.

La técnica es por demás sencilla: consiste simplemente en una colpotomía, que puede ser anterior ó posterior, prefiriendo unos esta última como Mackenrodt, Bifort, Bouilly, etc., y otros aquélla, como Durhsen, Le Dentu, Pichevin, Condamin, etc.

En la *colpo-celiotomía posterior*, una vez abierto el fondo de Douglas, se aplica una valva contra el plano posterior y con los dedos se exploran los anexos, que en los casos favorables, y casi los únicos tributarios de esta intervención, aparecen en el fondo de la herida. Si tienen ligeras adherencias se desprenden con los dedos, se cogen luego con una pinza oval y se prolapsan hacia la vagina á través de la abertura del fondo de saco posterior, practicando con ellos lo que sea preciso, según las lesiones; unas veces será su extirpación, que puede hacerse aplicando una ligadura ó simplemente una pinza sobre el pedículo, que se deja permanente cuarenta y ocho horas;

otras será una ignipuntura del ovario, una salpingotomía ú otra operación de las que más adelante describiré como intervenciones conservadoras. Cuando las lesiones son unilaterales y tan sencillas que los anexos caen casi por sí solos en la abertura vaginal, no hay duda que es una operación sencillísima é inocua. Pero si las lesiones son bilaterales y algo más acentuadas, con adherencias algo fuertes y dislocaciones imprevistas, se presentan dificultades que le quitan su sencillez é imposibilitan apreciar bien la cuantía de las alteraciones para proceder convenientemente con objeto de practicar intervenciones conservadoras.

La sencillez que reviste esta operación cuando los anexos están próximos al Douglas, ó completamente prolapsados y son algo movibles, desaparece cuando están algo elevados ó son ya voluminosos ó han adquirido adherencias con los

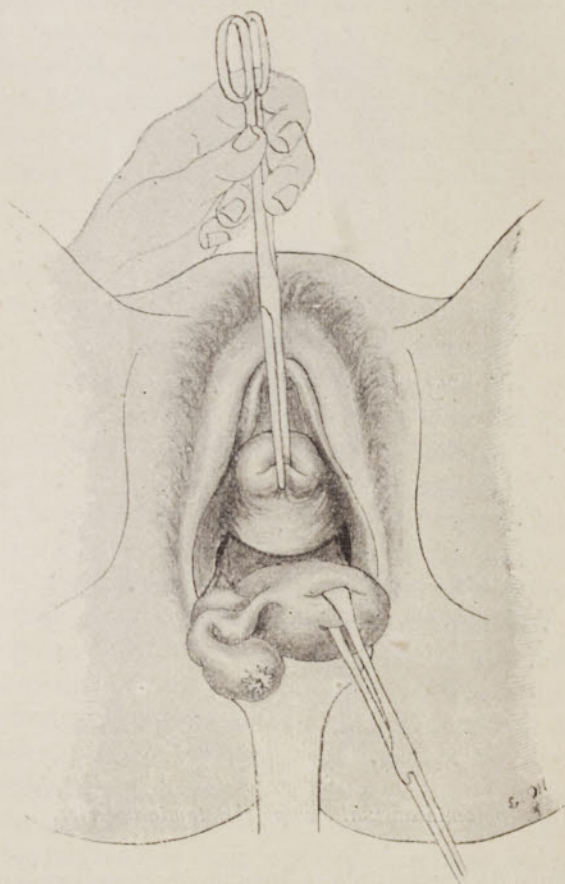


FIG. 248

*Colpotomía anexial ó colpo-celiotomía posterior.*



órganos vecinos. Entonces, para hacerlos descender, precisa enuclearlos, comenzando por desprender las adherencias que se pueda y haciendo luego bascular el útero de modo que el fondo del órgano aparezca en la vagina y tras de él los anexos enfermos (fig. 248). Aunque posible, esta maniobra no deja de ofrecer serias dificultades, exponiendo á desgarros y á hemorragias sin la seguridad de

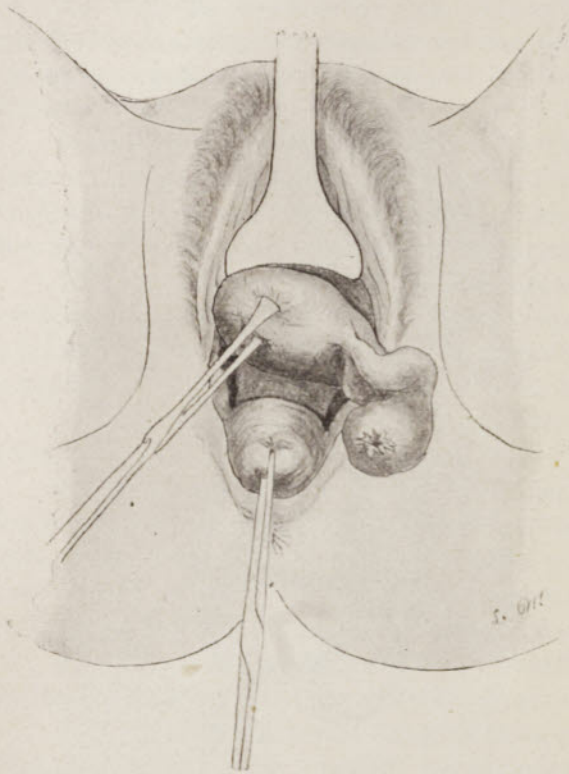


FIG. 249

*Colpotomía anexial ó colpo-celiotomía anterior.*

poder terminar la operación, que consiste en extirpar los anexos y reponer luego al útero en su sitio.

La *colpo-celiotomía anterior* se practica análogamente á la colpotomía que precede á la histeropexia vaginal (1). Separada la vejiga y abierto el peritoneo vésico-uterino se lleva el fondo del útero hacia la vagina y tras de él aparecen los anexos (fig. 249), siendo mucho más fácilmente asequibles que por la colpotomía posterior cuando son movibles y ocupan su situación normal. En cambio, se hacen difícilmente asequibles cuando están prolapsados y adheridos en el fondo de Douglas. En rigor, no es indiferente uno ú otro procedimiento, puesto que hay casos en que es ventajosa la colpo-celiotomía posterior y otros en que es preferible la anterior, á pesar del inconveniente de ser posible la herida de la vejiga ó del uréter, que, por otra parte, no debe ocurrir procediendo con atención. En la colpo-celiotomía anterior el pedículo anexial es mucho más asequible á la aplicación de ligaduras que en la posterior, por cuyo motivo casi siempre se recurrirá á dicho método de hemostasia cuando se hace precisa la extirpación.

Tanto la colpo-celiotomía posterior como la anterior pueden cumplir bien y felizmente ciertas indicaciones; la condición principal es limitarla á los anexos pequeños, movibles y que no están muy alterados; si son bajos, por la posterior, y si son altos, por la anterior. Pretender substituir con esta operación la intervención abdominal, es buscar dificultades donde no debe haberlas; aun en los casos en que puede emplearse, no ofrece sobre la laparotomía otra ventaja que la ausencia de cicatriz, pues en cuanto á gravedad, ambas son benignas en tales casos. Prefiero la vía abdominal á la vaginal, porque las operaciones plásti-

(1) Véase pág. 196.



cas son más fáciles; los pocos casos en que á través de la vagina he intervenido sobre los anexos, ha sido accidentalmente y á propósito de otras intervenciones, como hysteropexia vaginal, prolapso con hysteropexia ó enucleación de algún mioma; más de una vez, en tales circunstancias, he aprovechado la vía vaginal abierta para explorar los anexos y he visto que realmente es fácil llevarlos á la vista. Quizás con el procedimiento de ventroscopia de Dimitri de Ott se logre hacer más aplicable el método, pudiendo explorarse con la vista el estado de los anexos; por ahora dicho método de intervención no ha dejado de ser personal, aunque en el magnífico instituto imperial de San Petersburgo se emplea corrientemente y en substitución de la laparotomía, en casos de anexitis, embarazo ectópico, fibromas y otros, según se desprende de las comunicaciones hechas al V Congreso internacional de Ginecología celebrado en dicha capital (Septiembre de 1910).

COLPO-HISTERECTOMÍA.—Después de las comunicaciones de Pean, de Segond, de Doyen, de Bouilly, de Landau, de Schauta y otros, en distintas sociedades y congresos, hubo un momento, desde 1892 á 1898, en que la hysterectomía vaginal dominaba el tratamiento de las supuraciones pelvi-anexiales, sobre todo en Francia, donde, á pesar de la oposición de Terrier y de Pozzi, se generalizó rápidamente. En Alemania la adoptaron algunos, así como en Inglaterra y los Estados Unidos. Realmente, significó un progreso, aunque hoy tengamos medios mejores. La época de su triunfo ha pasado, como dice Faure; pero, los que en casos complicados y graves hemos visto sus brillantes efectos, comprendemos que no debe olvidarse por completo y que, aunque con indicaciones restringidas, conviene que el ginecólogo pueda echar mano de ella en casos determinados.

Para erigirla en método general, como ocurrió con los cirujanos antedichos, tiene varios inconvenientes de gran monta. El más capital, es el de que sacrifica el útero *á priori* sean cuales fueren las lesiones anexiales que motivan la indicación. Sanger ha dicho, con razón, que «la inutilidad del útero ó el útero considerado como *cantidad despreciable*, son dogmas muy graves» (1). Y en la hysterectomía vaginal, como método generalizado, así se considera. Por este mismo hecho es completamente incompatible con toda operación conservadora y, por tanto, contraria á los principios de Ginecología científica. Finalmente, bajo el punto de vista técnico tiene el inconveniente de que no permite formarse cargo del estado de las lesiones hasta que la operación no puede ya retroceder y da lugar, más fácilmente que la laparotomía, á accidentes operatorios, tales como heridas viscerales y hemorragias.

Así es que sus indicaciones hoy deben quedar limitadas á casos muy especiales, pero en los que resulta un recurso precioso; según queda dicho en páginas anteriores, la hysterectomía en las lesiones anexiales resulta indicada en un 20 por 100 de casos; en la mayoría habrá ventaja en operar por la vía abdominal, pero en algunos pocos convendrá más la vía vaginal, y estos pocos son aquellos en que nos vemos precisados á intervenir cuando existen fenómenos agudos y, por tanto, de virulencia, teniendo en cuenta que con la castración total vaginal operamos en la zona peritoneal inferior, aislada de la serosa sana

---

(1) Ponencias del Congreso de Ginebra, tomo I, pág. 119.



por adherencias, y dada la zona en que practicamos las maniobras, es menos fácil la infección, y además nos proporciona un buen desagüe por el declive natural de la pelvis. Faure sustenta un criterio análogo, pues piensa también que si dicha operación no domina hoy en el campo de la ciencia, no debe ser relegada al ostracismo. Aparte esta indicación, existe otra que no carece de valor y que se relaciona con la índole de las lesiones, y son aquellos pocos casos en que existen en la pelvis supuraciones difusas con salpingo-ovaritis, pelvi-peritonitis y aun á veces celulitis; sin duda estos casos son raros, pero en ellos tiene perfecta aplicación la *histerectomía evacuatriz* como la llama Pozzi. Una indicación indiscutible existe en los casos en que previamente se ha hecho la castración abdominal y se hace precisa una histerectomía consecutiva.

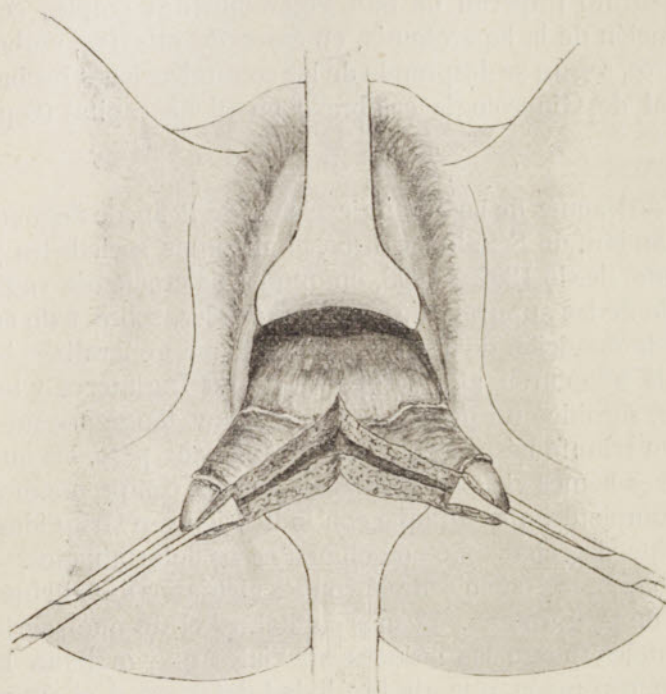


FIG. 250

*Castración total por la vagina. Procedimiento de Muller-Quenu. Hemisección del útero de abajo arriba.*

La técnica ofrece cierta sencillez, y para adaptarnos á todas las variantes tenemos tres procedimientos principales, que son los de Doyen, Muller-Quenu y Pean.

El procedimiento de Doyen es el mejor cuando se aplica á los casos en que los anexos no oponen una resistencia extrema y los ligamentos con-

servan todavía cierta elasticidad. El 1.º, 2.º, 3.º y 4.º tiempos son enteramente análogos á los descritos al hablar de la histerectomía vaginal por miomas (1). Al llegar al quinto tiempo, si es que los cuatro primeros se han realizado sin dificultad, es cuando debe procederse distintamente, puesto que si en una histerectomía por mioma es muchas veces indiferente extirpar los anexos, y por el contrario, procuramos conservar el ovario, en las lesiones anexiales conviene hacer la ablación de trompas y ovarios. Cuando éstos no están adheridos aparecen detrás del útero, pero éste no es el caso más común, sino que muchas veces suelen quedarse retenidos por adherencias, y entonces debe el ginecólogo proceder á su enucleación, empleando la mano derecha para dirigirse á enuclear los anexos derechos y la izquierda para los izquierdos; el tacto es la única guía que tiene el ginecólogo para separar dichos órganos, y aunque generalmente es

(1) Véase pág. 305.



labor bastante fácil, á veces resulta muy laboriosa por las muchas adherencias con las asas intestinales y peritoneo parietal. Sin embargo, no es raro llevar al exterior, con relativa facilidad, anexos voluminosos como medio puño. Para dejar la pelvis limpia conviene pediculizar por fuera de los anexos, y de este modo la enucleación es total.

El procedimiento de Muller-Quenu se diferencia del anterior en que la hemisección del útero es total, así como en el de Doyen sólo comprende la pared anterior. La técnica es igual, y yo, cuando lo he usado, ha sido para vencer dificultades que el de Doyen no solventaba fácilmente, y como siempre comienzo por este último, no tengo que hacer más que convertirlo en hemisección total, sea incindiendo la pared posterior desde el fondo del útero, si ha llegado ya á ser asequible, ó bien comenzando por el labio posterior, hacia arriba, hasta llegar al fondo (fig. 250). Las pinzas del cuello tiran hacia la vulva, y terminada la hemisección salen las dos mitades del órgano separadas y dejando la vagina libre para introducir la mano é ir á enuclear los anexos. A veces una de las mitades queda en el interior de la pelvis y la otra se hace descender con el fin de que el conducto vaginal quede más desembarazado (fig. 251). Cuando el útero desciende con dificultad y su basculación resulta difícil, ó cuando los anexos son muy voluminosos, la hemisección total de Muller-Quenu facilita mucho las distintas maniobras. Ni en el procedimiento de Doyen ni en éste se hace hemostasia previa.

La hemostasia puede practicarse con pinzas y con ligadura. En rigor podía escogerse cuando se aplicaba como método general y la mayoría de casos se prestaban á ambas clases de hemostasia, y así se comprende que los alemanes tuviesen más tendencia á la ligadura y los franceses á las pinzas. Limitada á los casos en que se emplea, casi siempre tiene ventaja la forcipresión, porque los ligamentos anchos suelen haber perdido algo su elasticidad y hay que llevar las ligaduras muy hacia afuera, lo que resulta más difícil que colocar las pinzas. Como las ligaduras, en este caso más que en otros, deben hacerse previa la aplicación del angiotribo, éste tiene el inconveniente de que desgarrá fácilmente los tejidos inflamados que se someten á su acción. Por otra parte, los casos de

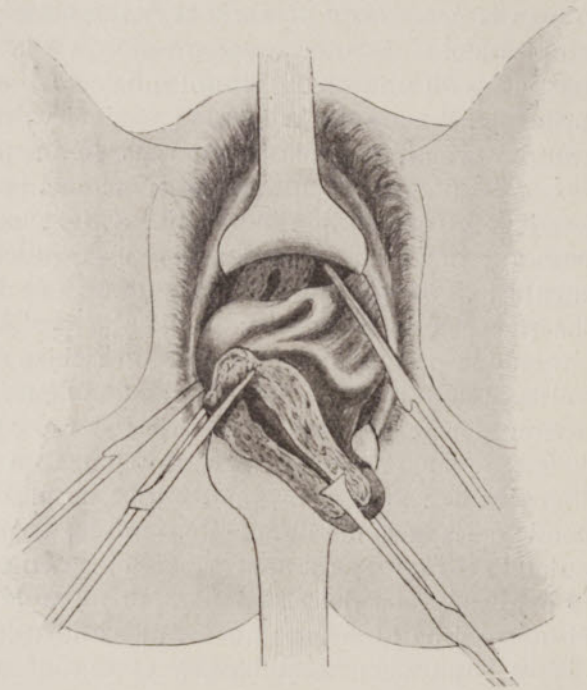


FIG. 251

*Castración total por la vagina. Procedimiento de Muller-Quenu. Pediculización de la mitad izquierda; la derecha permanece dentro fijada con una pinza.*



ligaduras que en otro sitio referí, que dejaron trayectos fistulosos muy molestos, fueron por lesiones flogísticas; así es que, en general, creo que tiene ventajas la aplicación de las pinzas permanentes, que son seguras y mucho más fáciles en su aplicación; yo, al menos, no he visto de su uso inconveniente ninguno.

El procedimiento primitivo de Pean permite orillar dificultades que los dos anteriores no solventan. Cuando un útero está enclavado en una cáscara de tejidos flogoseados y supurados no puede hacerse descender, y entonces pueden aplicarse los dos principios en que se funda el procedimiento de Pean-Segond, ó sean la *hemostasia previa* y la *fragmentación del útero* de abajo arriba, bien empleándolos de una manera análoga á la descrita por dichos autores, bien usándolos en un orden distinto: muchas veces basta la aplicación del primer principio. Practicada la incisión vaginal y desprendido todo lo posible el manguito vaginal, se implanta en cada ligamento ancho, y en su base, una pinza *longuette* fuerte, procurando abarcar toda la cantidad posible de ligamento; en seguida se corta el ligamento al ras del cuello, con lo que, y despegando la cara anterior y posterior del útero, éste descende y no hay necesidad de fragmentarlo. Pero si no descende, entonces se divide el cuello en dos valvas, de las que se corta la anterior todo lo alta posible, en tanto una pinza de garfios sostiene la posterior; se implanta otra pinza en la parte seccionada y se corta la valva posterior, con la que sólo queda el cuerpo del útero: el fondo de la vagina aparece despejado para hacer descender el cuerpo directamente ó incindiéndolo y basculándolo, previa ó no otra pinza en el ligamento ancho, hasta que se logra atraer todo el órgano. Jacobs empleaba un procedimiento mixto, aplicando en la base del ligamento una pinza, cortándolo luego y en seguida basculando el útero, para aplicar otra pinza en sentido contrario á la primera y en el borde superior del ligamento, por fuera de los anexos. Después de extirpado el útero, si há lugar, se enuclean los anexos, y si no, se procura abrir las colecciones supuradas asequibles, y si alguna queda, se abre después espontáneamente.

La verdad es que, con los principios que informan estos tres procedimientos: hemisección anterior, hemisección total, fragmentación ó *morcellement* del útero y forcipresión previa de los ligamentos anchos no hay caso que no pueda terminarse, aunque sea de una manera atípica y echando mano de recursos variados.

Aparte de las dificultades y lo laboriosa que puede resultar la operación en los casos difíciles, los *accidentes* que pueden presentarse son los desgarros intestinales, la hemorragia y las heridas ureterales. Los primeros son más frecuentes en el procedimiento de Pean, porque es más ciego, pero también en los demás pueden ocurrir al desprender las adherencias para enuclear los anexos; á veces no puede evitarse la perforación teniendo á la vista la adherencia, cuando se opera por laparotomía, y por lo tanto se comprende que podrá ocurrir de una manera inevitable en la colpo-hístero-salpingectomía, con la ventaja de que con la laparotomía reparamos en seguida el accidente y con la colpotomía resulta muchas veces imposible la reparación.

La hemorragia dependiente de las uterinas y ováricas y sus ramas suele dominarse fácilmente si en las maniobras se sigue una técnica bien reglada,



pero puede presentarse una hemorragia peligrosa debida al desprendimiento de alguna adherencia muy vascular, generalmente epiploica. En un caso algo laborioso, terminada la operación con limpieza y bien comprimidos los ligamentos anchos con las pinzas, se me presentó una hemorragia que venía de lo alto y que no pude cohibir, obligándome á practicar una laparotomía inmediatamente; dicha hemorragia procedía de una adherencia epiploica que se había retraído hacia lo alto del abdomen. A Landau le vi un caso parecido: terminada la operación estuvo más de una hora para coger un vaso que sangraba sin que lo lograra, viéndose precisado á las pocas horas á practicar una laparotomía, lo que decidió cuando ya había retirado á la enferma de la cama de operaciones.

Las heridas ureterales son hoy menos frecuentes de lo que lo habían sido antes; el descenso y basculación del útero y la hemisección total alejan los uréteres de la región. Generalmente la herida del uréter pasa desapercibida y se demuestra en la convalecencia por incontinencia de orina; si no cura espontáneamente, obliga á alguna de las intervenciones propias de estos casos.

Todos estos accidentes propios de la colpo-histerectomía son otros tantos argumentos en pro de la vía abdominal y no han influido poco para que, una vez equiparada la mortalidad por ambas vías, se viese casi abandonada la vía baja en beneficio de la laparotomía, cuya única desventaja es la existencia de una cicatriz y la posibilidad de una eventración.

Los resultados inmediatos de la histerectomía vaginal son excelentes. Ya en el Congreso de Ginebra, Bouilly, en su ponencia, dejó sentado que la mortalidad era de 3'5 á 4'5 por 100 en conjuntos de más de 1.000 casos (1), como en la estadística de Bardenheuer (1.113 casos con 39 defunciones) ó en un total coleccionado por el mismo Bouilly de 690 con 4'49 por 100 de mortalidad. Estos resultados son excelentes y permiten para la colpo-histerectomía un pronóstico relativamente benigno, puesto que desde entonces los resultados más bien han mejorado algo, ya que poseemos estadísticas como la de Schauta en que la mortalidad descende á menos de 3 por 100. Claro está que cuanto más generalizado se halla el método, mejores resultados se obtienen, porque existen mayor número de casos fáciles y por tanto benignos. Si se limita la castración vaginal total á los casos en que realmente está indicada, los resultados no son tan favorables: en mis 20 casos he tenido una defunción, y calculo que esta proporción es la que se obtiene limitando su empleo.

En cuanto á los resultados remotos de la operación, si despreciamos aquellos casos en que habría podido hacerse cirugía conservadora y no concedemos valor ninguno á la menopausia operatoria, según lo hacían los defensores acérrimos de la colpo-histerectomía, son indudablemente muy buenos, y aunque se registran enfermas en quienes los resultados no fueron perfectos, son en mucho menor número que para otras intervenciones. Yo puedo decir que con todas las intervenciones he obtenido resultados favorables sensiblemente iguales, porque al hacer la selección he aplicado á cada una la que creía preferible, aunque haya sido ésta una operación mutilante como la colpo-histerectomía; pero cuando ésta no es precisa, pueden obtenerse con otras intervenciones tan buenos resultados como con ella.

---

(1) *Actas*, tomo I, pág. 55, 1896.



## OPERACIONES POR LA VÍA ABDOMINAL

LAPAROTOMÍA.—Análogamente á la colpotomía, algunas veces la laparotomía simple basta como operación quirúrgica para el tratamiento radical de ciertas formas de enfermedades infectivas de los anexos. Obra por incisión, evacuando focos purulentos ó serosos, sin practicar operación ninguna sobre los genitales internos.

Sus indicaciones son muy limitadas: colecciones purulentas identificadas con la pared abdominal ó accesibles por laparotomía; cavidades inextirpables hijas de peritonitis enquistadas; algunas veces también colecciones anexiales de todo punto sinfisidadas, de modo que no es posible su enucleación; la peritonitis tuberculosa generalizada, etc.

El tipo más sencillo de incisión de focos supurados por la vía abdominal, es la que Pozzi ha llamado *laparotomía sub-peritoneal*; su indicación es poco frecuente y queda limitada á los casos en que una celulitis pelviana corre por debajo del peritoneo y llega hasta la fosa ilíaca ó en las inmediaciones del ligamento de Poupart. Consiste en practicar una incisión paralela á dicho ligamento que comprenda piel, tejido celular y capas músculo-aponeuróticas, análoga á la que se practica para la ligadura de la ilíaca externa; con los dedos se despega el peritoneo y se busca el pus á más ó menos profundidad hacia la fosa ilíaca ó detrás del conducto de Falopio, para darle salida y establecer un drenaje. La operación es por completo extra-peritoneal y, en los casos á propósito, sencilla, eficaz é inocua; en algunos casos que he tenido ocasión de practicarla, me he convencido de que sus indicaciones son precisas y buenas; claro que no debe confundirse con la simple incisión de abscesos que se han hecho subcutáneos. Algunos han pretendido con esta incisión alcanzar y evacuar colecciones salpingianas; sin negar la posibilidad, he de declarar que no me parece muy conveniente y que tenemos otros procedimientos mucho mejores.

Otra indicación de la incisión laparotómica simple se presenta en los casos de *colecciones peritoneales supuradas*, enquistadas y adosadas á la pared abdominal á la que están adheridas; si se puede, se practica la incisión en la línea media; si la colección está lateralizada, en el punto más prominente de la misma; la incisión ha de ser amplia y debe establecerse un buen drenaje. Aunque se evacúa una colección peritoneal, la operación resulta extra-peritoneal, porque las adherencias mantienen el foco separado y aislado del peritoneo sano; la mayor parte de casos tributarios de esta sencilla intervención son de origen puerperal; es análoga á la colpotomía posterior por absceso pelvi-peritonítico. Su rareza es tanta como la frecuencia del absceso del Douglas. Como la colpotomía, es también perfectamente inocua.

En otros casos la cosa ya no es tan sencilla, y se parece á la colpotomía posterior, que busca á cierta distancia colecciones anexiales. Recuerdo un caso de pelvi-peritonitis, que yo creía de origen salpingítico, en el que, separando asas intestinales y buscando por todos lados, llegué á descubrir cinco focos supurados, que cada uno de ellos tenía unos 10 gramos de pus; los anexos estaban



sanos y no los toqué, me limité á abrir los focos, secar el pus con gasas y establecer un taponamiento á lo Mikulicz, que alcanzara á todos los focos: la curación fué perfecta. Varios otros casos he visto de supuraciones peritoneales hacia la parte alta, de origen anexial ú otro, en los que toda la intervención quedó reducida á evacuar el foco y taponar; los resultados obtenidos en esta clase de intervenciones han sido siempre favorables, y en ellas es perfectamente inútil complicar la intervención con mutilaciones innecesarias.

A veces se encuentra una vasta colección que es de todo punto imposible enuclear por su sínfisis con todos los órganos vecinos ó porque los fenómenos sub-agudos que existen hacen temible una operación excesivamente laboriosa; en estos casos, y puesta la colección á la vista, previa laparotomía, se vacía con el aspirador, se incinde luego, y los bordes de la incisión de la pared quística se suturan á la herida abdominal para dejar la cavidad aislada del peritoneo sano: se coloca drenaje y se trata luego como una colección peritonítica. Recuerdo algunos casos en que así he procedido, haciendo en todos ellos una verdadera marsupialización; se trataba en uno de un quiste ovárico supurado por torsión del pedículo durante el puerperio, el quiste estaba tan sinfisiado y la enferma tan demacrada que me limité á incindir el foco, marsupializarlo y drenarlo: la curación fué perfecta, y posteriormente ha parido la enferma tres veces sin contratiempo. En otro se trataba de un quiste hidatídico supurado que incindí y evacué marsupializándolo. Otro era un hematocele alto, supurado y limitado por una espesa membrana de neoformación, que me sirvió para suturarla á la pared y aislar el foco. Se trataba en un cuarto de una colección tubárica enorme cuya enucleación convenía, pero hube de desistir por las grandes dificultades que encontraba y el estado precario de la enferma: la curación no se ha desmentido en ocho años. No hay que dejarse seducir por la sencillez de la operación y por los excelentes resultados de los casos que acabo de indicar; es siempre un recurso de excepción que debe reservarse para casos muy especiales, pues de otro modo nos expondríamos á operaciones incompletas y á recidivas que obligarían más tarde á nuevas intervenciones. Existen casos tan propicios á la simple incisión, marsupialización y drenaje, que sin duda para ellos es la mejor indicación, pero son verdaderamente raros, y generalizar el procedimiento sería desvirtuarlo por completo.

El tipo de laparotomía simple contra enfermedades infectivas de los anexos es el tratamiento quirúrgico de la *peritonitis tuberculosa*, cuando ésta reviste la forma serosa libre ó enquistada. Sus indicaciones son, en mi sentir, muy restringidas y creo que la laparotomía no ejerce ninguna acción especial en el curso de la peritonitis tuberculosa. Cuando de la peritonitis tuberculosa tenía un concepto equivocado, por lo que toca á su curabilidad, había recurrido frecuentemente á su tratamiento quirúrgico. En el Congreso de Moscou, en 1897, sostenía que la peritonitis tuberculosa *debe tratarse por el método expectante, circunscribiéndose á una buena higiene y á prevenir las infecciones secundarias*. Desde entonces no he recurrido á la laparotomía contra dicha dolencia, excepción hecha, se comprende, de las anexitis tuberculosas. Los resultados han sido, por lo menos, tan buenos como recurriendo á la laparotomía: había tratado por la laparotomía veinte casos de peritonitis tuberculosa de forma ascítica: diez y siete curaron perfectamente, uno no curó por la laparotomía, pues la ascitis



se reprodujo y curó luego espontáneamente; otra murió tres meses después á consecuencia de destrucciones viscerales y con metastasis articulares, y la última murió al cuarto día de la operación de una metastasis meníngea aguda; de modo que tres fracasos en 20 operaciones representan un 15 por 100: con la expectación se curan por lo menos tantos ó más. La técnica es por demás sencilla: incisión en la línea media, evacuación de la ascitis y volver á cerrar el abdomen; esa misma técnica recomendaba Veit en su ponencia al Congreso de Roma (1902); creo inútiles los lavados ni la colocación de un tubo de desagüe: el caso referido de recidiva fué tratado con lavado abundante por el suero y tubo de desagüe; estoy convencido de que la única acción de la laparotomía en estos casos es puramente evacuadora. Veit hace constar, aun recomendando la laparotomía, que si se interviene demasiado pronto nos exponemos á tener que practicar una segunda laparotomía; el que tenga la paciencia debida, raras veces tendrá que hacer la primera ni la segunda. Sólo creo que debe ponerse en práctica la indicación quirúrgica cuando el desarrollo de la ascitis es tan rápido y abundante que sobreviene intolerancia por parte del organismo y se desarrollan fenómenos mecánicos; muchas veces en estos casos la paracentesis ha dado tan buenos resultados como la incisión abdominal; sin embargo, esta indicación se presenta raras veces; por mi parte, en unos 150 casos que he observado en los últimos doce años, no he creído justificada dicha indicación más que dos veces.

En la forma adhesiva está á veces indicada la laparotomía por los fenómenos de estrangulación intestinal ocasionados por las adherencias que se han fraguado. La operación consiste en practicar la incisión y liberar los intestinos de sus adherencias, sobre todo en los sitios que forman recodos, sin pretender, no obstante, una liberación completa, porque se corre, por una parte, el peligro de producir perforaciones intestinales, y por otra, las adherencias se reproducen, de modo que lo que interesa es destruir las que perturban el funcionamiento intestinal. En varios casos he obtenido resultados completos, curándose las enfermas de sus sufrimientos.

En las formas destructivas que se encuentran principalmente durante el puerperio, es preferible abstenerse. Una vez hecha la laparotomía se conoce la forma destructiva porque, en vez de formar neo-membranas que engloben los intestinos, éstos están adheridos sin tejidos intermedios y se presentan con la superficie peritoneal alterada; en estos casos es preferible volver á cerrar el abdomen sin intentar la liberación de adherencias, lo que podría ocasionar fistulas estercoráceas consecutivas.

A la laparotomía simple pertenece también la operación que algunos han designado con el nombre de *operación de Hadra* y que consiste en abrir el abdomen y dirigirse al fondo de la pelvis para desprender adherencias que mantienen los genitales en posiciones viciosas.

Veit, Fritchs y otros han comprobado verdaderos resultados paliativos librando simplemente los anexos adheridos de sus conexiones patológicas producidas por peri-anexitis, sin lesiones salpingianas ni ováricas importantes. Carezco de experiencia personal sobre este punto, pues nunca me he creído autorizado á proponer una laparotomía con este único motivo.

Algunos han propuesto incindir el abdomen para establecer un drenaje en



casos de pelvi-peritonitis aguda con tendencia á invadir la parte alta del peritoneo; comprendo esta intervención si se practica una simple colpotomía, que no expone á que se propague la peritonitis; en cambio, encuentro algo arriesgada la intervención por la vía abdominal, particularmente desde que se ha demostrado la poca eficacia de la laparotomía en el tratamiento de la peritonitis generalizada. Si está localizada en la pelvis, nos bastará la colpotomía; si es generalizada, entra en las condiciones antedichas.

LAPAROTOMÍA ANEXIAL. — Con ella vamos directamente á la región de los anexos para practicar, según los casos y la índole de las lesiones, operaciones conservadoras ó mutilantes.

*Operaciones conservadoras.* — Se practican *operaciones conservadoras en el ovario* siempre que existe del mismo una porción sana, á no ser que la enferma se halle ya en la menopausia. Es muy raro que no exista una pequeña porción sana, y ésta se conservará aunque fuesen precisas otras operaciones tan mutilantes como la histerectomía, á fin de evitar la intensidad de los fenómenos menopáusicos. Las principales operaciones conservadoras sobre el ovario son la *ignipuntura* y la *resección*.

La *ignipuntura*, recomendada por muchos autores y vulgarizada en Francia por Pozzi (1), es de técnica sumamente fácil: aislado el ovario y cogido entre los dedos de la mano izquierda, se practican con la derecha y por medio del termo-cauterio al rojo sombra, distintas punciones en los sitios en que el ovario parece más alterado ó en donde se encuentra algún quiste, penetrando más ó menos profundamente en el estroma, según los casos (fig. 252). El número de punciones es variable; he aplicado dos, tres ó cuatro, hasta diez ó doce. No ocurre hemorragia ni accidente de ninguna especie.

La *resección ovárica*, recomendada por Schröder y Martin en Alemania, Pozzi en Francia y Dudley y Polck en América, consiste, como indica su nom-

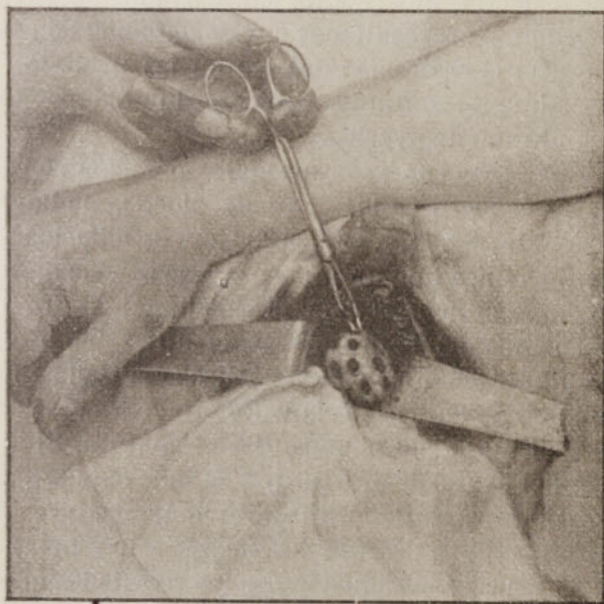


FIG. 252

*Ignipuntura del ovario.*

(1) *De la resection et de l'ignipuncture de l'ovaire.* — *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1897, pág. 3.



bre, en separar la parte enferma del ovario conservando la sana; con el bisturí, y más á menudo con tijeras, se corta en forma de cuña toda la parte del ovario dañada; se coapta la superficie cruenta con puntos separados ó punto pasado, con lo que se cohibe la pequeña hemorragia que puede haber: empleo para esta sutura la seda.

El *masaje del ovario*, la *incisión exploradora* del órgano y la *punción de sus cavidades* son otras pequeñas operaciones propuestas; no obstante, la ignipuntura cumple las mismas indicaciones, pues debidamente protegido el campo, los líquidos se empapan en las compresas, con la ventaja de que el cauterio modifica la cavidad sin recurrir á un raspado de la misma, como recomienda Pozzi. La incisión exploradora puede incluirse en la resección y el masaje no es más que una maniobra accidental, pero por sí solo no justifica la intervención, aunque Monprofit diga haber logrado con él excelentes resultados.

Todas las ovaritis pueden ser tratadas por los procedimientos conservadores: los mismos abscesos es raro que no puedan ser tributarios de tales intervenciones. No tienen gravedad especial, y si no se practica á la vez otra maniobra, puede decirse que ésta de por sí es inocua. Yo no he visto en mis casos accidente ninguno, y los resultados que se obtienen son tan buenos como los que se obtenían con la castración ovárica en los primeros tiempos de la cirugía anexial. Actualmente son muy pocos los ginecólogos que crean debe extirparse un ovario enfermo de ovaritis.

El *injerto ovárico*, más que operación conservadora, lo es reparadora. Aunque se conocen ya los casos de Morris, Dudley, Delageniere, Frank, Mauclair, Doderlein, Krœnig, etc., sigue en estudio todavía (1). El de Morris es notable porque indica que un injerto ovárico puede desempeñar sus funciones: implantó un fragmento ovárico en el pabellón de la trompa y la enferma se hizo embarazada al cabo de un mes. Cada autor ha hecho el injerto distintamente. Los resultados del injerto autoplástico (realizado en otro sitio del abdomen, inmediatamente de extirpado el ovario sano por necesidades técnicas) parecen ventajosos para disminuir la menopausia prematura. El injerto homoplástico (transplatación del ovario de otra mujer) es más expuesto á fracasos funcionales, aunque el caso de Morris fuese un injerto homoplástico. Algunos creen que la transplatación heteroplástica (de los monos superiores) quizás no fuera del todo ineficaz en la especie humana, dados los resultados que la experimentación en distintas especies ha proporcionado á Lukaschewitsch y Schultz. Si llegara á comprobarse que es tan viable y eficaz como los injertos cutáneos, no carecería de aplicaciones en aquellos casos en que las lesiones obligan á un sacrificio completo del órgano ó en aquellos otros en que existe falta congénita de ambos ovarios.

Las *operaciones que se practican en las trompas* para lograr su reconstitución funcional, son variadas. Dejando de lado la *expresión* por masaje directo de la trompa para evacuar su contenido, y el *cateterismo*, que nunca serán más que maniobras complementarias de otra intervención, se practica la *resección* de la trompa, la *salpingostomia*, la *salpingotomia*, la *salpingorrafia* y la *desinfeción y drenaje*.

(1) MONPROFIT: *Chirurgie des ovaries et des trompes*, 1903, pág. 159. — DODERLEIN y KRÆCNIG: *Loc. cit.*, pág. 146.



La *resección* de la trompa tiene sus aplicaciones en los casos en que las lesiones están acantonadas hacia la extremidad abdominal, convertida en un verdadero quiste, y en los que los dos tercios ó la mitad interna de la trompa conservan su permeabilidad y una textura relativamente normal, hay que contar con que el orificio interno raras veces está obturado directamente, y sí de una manera indirecta. La operación es por demás sencilla: después de aislar perfectamente la trompa, se corta de un tijeretazo oblicuo en el sitio conveniente; la porción externa que se ha de reseca se extirpa, previa ligadura del meso-salpinx correspondiente; la extremidad interna se agranda, incindiendo uno ó dos centímetros de trompa en sentido longitudinal y aplicando luego cuatro ó cinco puntos de sutura, que unen la mucosa de la serosa para que no se obture la nueva abertura formada (fig. 253).

La *salpingostomia* consiste simplemente en practicar la abertura del pabellón cuando se encuentra obturado, incindiendo longitudinalmente un trozo de trompa en su extremo y practicando luego la sutura sero-mucosa como en el caso anterior.

La *salpingotomia* tiene por objeto corregir bridas ó estrecheces, ó extirpar nódulos de las paredes salpingianas, y también evacuar el contenido de la trompa como en ciertas hidro-salpingitis ó en determinadas pio-salpingitis ó también en hemato-salpinx ligeros, para limpiar la trompa de los coágulos que contiene. Suponiendo que el pabellón se conserve permeable, una vez incindida y evacuada la trompa vuelven á suturarse sus paredes, y si el pabellón está obturado se hace lo mismo en la región del pabellón, con lo que se convierte en salpingostomía.

La *salpingorrafia* sirve para suturar la trompa en su posición normal ó para unir el extremo del nuevo pabellón con el ovario, si éste persiste, ó con el ovario del lado opuesto, como hice en un caso con resultado completo, pues sobrevino la fecundación. Esta operación, cuando une la trompa al ovario, la ha llamado Cladó *salpingo-ovario-síndesis* (fig. 253), y cuando se une simplemente al ligamento infundíbulo-pélvico se ha llamado por algunos *salpingo-peria*.

Sin duda, la operación conservadora más importante que se practica sobre las trompas es su *desinfección y drenaje*. Los ginecólogos americanos practican con frecuencia semejante operación, según puede verse en la ponencia de Dudley antes mentada. Es aplicable, según Dudley, Polck, Boldt, Burrage y muchos otros de los que con sus comunicaciones han contribuido á dar el enorme material de la memoria de Dudley de 2.168 casos, á ciertos tipos de pio-salpingitis, en los que hay motivos para creer que el pus es estéril, que no están muy aumentados de volumen y que son movibles ó movilizables. Dudley describe la maniobra de la manera siguiente (1): se pone la trompa á la vista, suponiendo

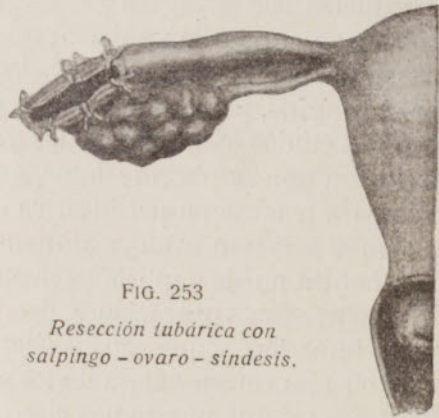


FIG. 253

*Resección tubárica con salpingo-ovario-síndesis.*

(1) *Loc. cit.*, págs. 153 y 154.



el pabellón obturado; se punciona con una jeringa grande y se aspira el pus; luego, con la misma jeringa, se hace pasar varias veces una solución al 1 por 1.000 de bicloruro hasta que salga clara, después de lo cual se incinde el pabellón y se practica la salpingostomía. Si el contenido es seroso, se practica la salpingostomía de primera intención y se lava luego el interior de la trompa con suero normal, solución de bicloruro al 1 por 5.000, de ácido fénico al 5 por 100 ó de permanganato potásico. En todas estas maniobras el campo operatorio debe estar perfectamente protegido con compresas para evitar una contaminación posible, todo lo cual resulta muy fácil en la posición de Trendelenbourg. Terminada la operación se dejan libres las trompas hacia el fondo de Douglas, y si se juzga preciso el drenaje, aconseja Kelly (1) incindir el Douglas sobre una pinza introducida por la vagina y colocar una gasa yodofórmica, cuyo extremo se introduce en el pabellón abierto; se retira á los seis ó siete días. Hasta ahora no he practicado operaciones conservadoras cuando ambas trompas están afectas de pio-salpingitis, pero no hay duda que dicha intervención es viable, después del material clínico aportado por los ginecólogos americanos, y que en una mujer joven con una salpingitis doble, en las condiciones antedichas, se está autorizado para ponerla en práctica, ya que no parece comunicar gravedad á la operación. Si sólo una trompa contiene pus, no hay que esforzarse en conservarla, pues la otra puede suplirla perfectamente.

Aparte estas operaciones, destinadas á rehabilitar un órgano comprometido por la infección, y que son perfectamente viables y aceptables, entran también en la cirugía conservadora de los anexos las operaciones parciales, aunque mutilantes, á las que nos hemos circunscrito hasta ahora los que, partidarios de una ginecología más científica que la mutilante, no hemos llevado nuestro entusiasmo hasta conservar órganos seriamente lesionados, sobre todo por procesos supurados.

Es muy frecuente encontrar un ovario no supurado ó una trompa sin pus en la salpingo-ovaritis, y en este caso creo inútil el esforzarse en conservar la trompa y ovarios lesionados, pues conservando los sanos se logra el objeto. La observación XXXII de mi ponencia al Congreso de Madrid (2) es un tipo de estas combinaciones: en ella extirpé el ovario derecho y la trompa izquierda, ambos supurados, hice la histeropexia abdominal, y, por detrás del útero, aproximé la trompa derecha y el ovario izquierdo; posteriormente, en 1904, la operada ha tenido un parto feliz á término. Este hecho demuestra, por otra parte, que la castración alterna, recomendada por algunos autores para destruir la fecundabilidad, conservando la sexualidad, es una operación ineficaz al objeto que se propone.

Pertenece también á las operaciones conservadoras la extirpación unilateral de los anexos cuando los de un lado están sanos: la técnica de esta extirpación es análoga á la de los casos en que está indicada la extirpación de ambos anexos. Cabe también hacer una operación conservadora cuando ambas trompas, bastante enfermas para ser sacrificadas, van acompañadas de ovarios relativamente sanos, en cuyo caso cabe extirpar las dos trompas y dejar uno ó los dos ovarios.

(1) *Loc. cit.*, pág. 187.

(2) *Loc. cit.*, pág. 137.



Existe una indicación que, aunque rara, no deja de ser á veces muy impreciosa; en ciertos casos de ósteo-malacia y de determinadas estrecheces pélvicas, sean de las partes duras ó blandas, que exigen la operación cesárea al llegar el parto, puede considerarse á veces legítima la histerectomía para evitar embarazos posteriores. Sentada esta indicación, creo preferible la operación conservadora sobre las trompas ideada por Beuttner, recomendada por Muller y puesta en práctica por distintos autores. La ligadura no basta; Kossmann ha propuesto cortar la trompa con el termo-cauterio, Fritchs propone reseca un centímetro, recubriendo los muñones con el peritoneo, y Kronig reseca el tercio externo de la trompa; el objeto es asegurar la incomunicación del útero con el ovario para evitar la fecundación; para substituir la operación de Porro creo magnífico este procedimiento. Parece que se ha bastardeado, aplicándolo por algunos en mujeres que no tenían una indicación científica para ello; si he de creer á las interesadas, conozco algunas mujeres las cuales me han referido que se les cortaron las trompas para dejarlas estériles, conservando la sexualidad. En este caso ya la operación no es conservadora, sino destructora, y yo, por mi parte, no aceptaría tal intervención por no considerarla legítima más que en los casos indicados y para substituir la histerectomía, ó bien cuando con ello se quieren evitar los peligros muy probables de una nueva concepción. Cuando se trata de un aparato genital normal puede hacerse por la vagina, ó al través del conducto inguinal, aprovechando la incisión practicada para acortar los ligamentos redondos.

La gravedad de las operaciones conservadoras es muy poca, según queda demostrada en páginas anteriores. La mayoría de autores prefieren la vía abdominal á la vaginal, y yo, por mi parte, encuentro en aquélla todas las ventajas y á ella acudo siempre, como Kelly, Pozzi, Dudley, Boldt, Legueu, Faure, Sanger, Olshausen, Richelot, etc.

*Operaciones mutilantes.*—Consisten en la *salpingo-forectomía*, por otros nombres *castración anexial*, *castración tubo-ovárica*, *operación de Lawson-Tait*, etcétera. Con ella se extirpan á la vez ovarios y trompas de ambos lados. Tiene dos indicaciones principales: 1.<sup>a</sup>, extirpación de anexos sanos para combatir enfermedades que se juzgan ligadas con la menstruación; algunos la han llamado *castración normal* ú *operación de Batey*; 2.<sup>a</sup>, extirpación de anexos enfermos, cuyas lesiones son de tal cuantía, que no permiten emplear procedimientos conservadores: es la verdadera *salpingo-forectomía* ú *operación de Lawson-Tait*.

1.<sup>o</sup> Batey ideó esta operación, que lleva su nombre, para combatir ciertas enfermedades nerviosas que parecen tener relaciones patogénicas con el período menstrual, como son el histerismo, ciertas formas de locura y la epilepsia menstrual. Aunque con bastante frecuencia se recurrió á esta operación en casos de esta índole, los resultados no correspondieron á las esperanzas que hiciera concebir, y la reaparición de los fenómenos que motivaron la intervención desilusionó bien pronto á ginecólogos y neurólogos, y actualmente apenas se emplea. No se borrará de mi memoria un caso en el que intervine hace veinticinco años: se trataba de una enferma histérica, cuyas manifestaciones más ruidosas coincidían con el período menstrual; todo parecía justificar la intervención,



excepto las lesiones locales, que no existían; imperiosamente reclamada la operación por la familia de la enferma, por la enferma misma y aconsejada por su médico de cabecera, parecía además completamente autorizada, sobre todo en aquella fecha, en que la operación de Batey estaba en su período de esplendor, por cuyas motivadas razones practiqué la castración normal sin contratiempo. Durante tres meses pareció aliviada la enferma, pero luego su estado fué, si cabe, peor. Habrían transcurrido dos años de la operación cuando enferma y familia me suplicaron le practicara la castración uterina, idea que les fué sugerida por un colega, quien había leído que algunos de estos casos no daban resultado sino con la castración total, pues no faltaron ginecólogos distinguidos que, ante el fracaso de la castración tubo-ovárica, propusieron y practicaron la total; no quise aceptar la intervención, pero otro operador la llevó á cabo, y el resultado fué análogo al de la primera intervención. Todavía sufrió esta enferma, posteriormente, otra operación: la cistotomía, tan inútil como las anteriores.

He de confesar que, *á priori*, me inspiró siempre esta operación gran desconfianza, y aleccionado por este caso, he rehuido siempre intervenir en otros parecidos; con este criterio rechacé la intervención que me fué solicitada por un ilustrado compañero para una hija suya, soltera, que sufría en cada período menstrual ataques de manía aguda agresiva, y actualmente dicha enferma está libre de dichos ataques y orgullosa de ser madre de varios hijos.

Para la epilepsia catamenial tampoco han sido los resultados favorables, por el contrario, abundan los casos en que no tarda en reaparecer.

La única enfermedad en que parece existir una verdadera indicación es la dismenorrea intolerable de carácter esencial; ciertamente estos casos son raros y muy escasos aquellos en que otro tratamiento local no pueda triunfar ó por lo menos obtener alivio suficiente; cuando ocurra un caso de esta índole, se estará autorizado á intervenir, si bien debe notarse que algunos de ellos ceden á la ignipuntura del ovario.

Por tanto, las indicaciones de la castración normal, en los casos de neurosis, son muy restringidas, y aun así, dejan mucho que desear. Kelly (1) refiere que en una serie de 500 laparotomías hizo cuatro veces la castración normal por dismenorrea, y sólo en un caso el resultado fué completo y definitivo, pues en los otros tres sobrevinieron, á no tardar, fenómenos nerviosos de distinta índole, en general de carácter neurálgico. De modo, que es mejor aceptar la conclusión de que *la extirpación de los anexos normales, para combatir las enfermedades nerviosas, no está hoy justificada por la experiencia.*

La castración normal contra los miomas uterinos, ya hemos visto que hoy no tiene tampoco indicaciones (2), así como hemos dicho ser preferible en ciertos casos la resección de la trompa á la castración.

Una de las indicaciones de la castración normal parece indiscutible, pero los casos son realmente muy raros: son los casos de ausencia del útero ó de útero rudimentario con molimen menstrual (3).

---

(1) *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 195.

(2) Véase pág. 292.

(3) Véase pág. 123.