Tratamiento

Punción

A. El absceso forma relieve hacia la vagina.—¿Basta para este caso con la punción practicada con el trocar? Simpson fué quien la pre-

conizó v recientemente ha vuelto á adoptarla Tenneson (1), el cual, aun no habiendo fluctuación, la practica en el fondo de saco posterior de la vagina; se sirve de la punción capilar con aspiración, para evacuar ya el líquido seroso, ya el pus de las peritonitis. Esta conducta no merece ser recomendada, porque es peligrosa y expone á que se hiera el intestino cuando la bolsa se halla todavía separada de la pared vaginal; por otra parte también es insuficiente cuando dicha bolsa está va adherida; á lo sumo puede acudirse á ella en este último caso, como un medio para asegurar el diagnóstico y como preliminar inmediato de otra intervención más eficaz.

El profesor Laroyenne (2) (de Lyón) practica también la punción por la vagina en las masas de inflamación peri-uterina crónica con derrames latentes de carácter purulento, seroso ó hemático. Su trocar especial, de calibre bastante grande (sonda n.º 20), tiene practicada lateralmente una hendidura que representa el papel de la ranura directriz de una sonda acanalada, con el objeto de que después de la punción se pueda guiar y conducir dentro del foco un litotomo, con el cual se practica luego un desbridamiento lateral de 3 á 5 centímetros (fig. 19).

B

Fig. 19.—Sonda-trocar de Laroyenne (de Lyón)

Un tubo de vidrio terminado en forma olivar sirve para verificar

El flemón del ligamento ancho es grave. Puede sobrevenir la muerte en la explosión inflamatoria inicial, ó más posteriormente á consecuencia de la duración de la supuración, ó hasta súbitamente por la embolia que subsigue á las trombosis de las venas de la pelvis.

La celulitis pélvica difusa es casi fatalmente mortal.

Tratamiento.—El tratamiento de la peri-metro-salpingitis serosa se confunde con el de la salpingitis que la ha producido. Consiste principalmente en el reposo, los revulsivos y las inyecciones prolongadas de agua caliente. Los casos de curación rápida por medio de la electricidad (1) seguramente habrán sido de esta clase.

Se ha visto desaparecer rápidamente semejantes exhalaciones agudas por medio de un tratamiento intra-uterino enérgico, raspado é inyecciones, habiéndose invocado este resultado para salir á la defensa del origen linfático de los accidentes perimetríticos (2). Estas incesantes manifestaciones agudas han valido como indicaciones, y no de las menores, para que los cirujanos practicasen la ablación de los anejos (3), por cuya operación no sólo se cura la salpingitis sino también la inflamación peri-salpíngica.

Muestran muy poca tendencia á supurar los tumores de edema inflamatorio, y por ser éstos los que con más frecuencia se presentan, de aquí que se haya acreditado entre los cirujanos la práctica de la expectación, generalizándola demasiado. Debo condenar absolutamente las punciones dirigidas á evacuar colecciones serosas, pues aparte de que pueden hacerlas supurar, por otro lado tampoco aceleran su resolución.

Para las demás formas, absceso pélvico, absceso del ligamento ancho, la indicación principal se reduce á moderar la intensidad de la inflamación mediante duchas calientes prolongadas, evacuaciones sanguíneas locales, etc. Más adelante, no bien hay formación de pus, es preciso proceder á su pesquisa.

¿En qué región y cómo hay que practicar la abertura de la colección purulenta?

Por orden sucesivo voy á tratar de los diversos casos que pueden ocurrir y que exigen un modo diferente de intervención quirúrgica.

(1) Véase H. Hervot. Contrib. à l'étude de la Périmétrite, Tesis de Paris, 1887.
(2) Laroyenne. Lyon méd., 21 febr. 1886.— Ed. Blanc. De l'Inflammation péri-uterine chronique, etc., Tesis de Lyón, 1887.— P. Goullioud. Congrès franç. de Chir., 4.ª sesión, París, 1889, p. 692, y Débridement vaginal des Collections pelviennes (Arch. de Tocol, 1891, p. 562, 700, 788 y 801).

⁽¹⁾ Apostoli. Congreso de Copenaga, agosto 1884, y Bull. gén. de Thér., 30 sept. 1887.—Brit. med. Journ., 19 nov. 1887.—Brœse y Nagel (Soc. obst. y gin. de Berlin, 8 marzo 1889, en Centralbl. f. Gyn., 1889, n.º 16, p. 275) han obtenido también excelentes resultados. Con todo Nagel confiesa que todavía prefiere á este medio el de las irrigaciones con agua caliente, que es más sencillo y de igual eficacia.

nagua callente, que es mas sencillo y de igual elicada.

(2) Cantin. Des Lymphangites péri-utérines, non puerpérales, Tesis de París, 1889.

(3) Korn. Soc. gin., de Dresde, 3 marzo 1887 (Centralbl. f. Gyn., 1887, p. 451).

lavados antisépticos con débil presión. Por este procedimiento ha obtenido buenos resultados.

Incisión por la vagina

Creo que la técnica operatoria podría simplificarse del modo siguiente: después de una punción exploratriz que haya comprobado la presencia del pus, se podría ir en busca de éste, incindiendo capa tras capa el fondo de saco vaginal posterior, y deteniendo la hemorragia á medida que se presenta por puntos hemostáticos de sutura, semejantes á los que emplea Martin en él primer tiempo de la histerectomía vaginal. Por otra parte, si el derrame de sangre fuese algo copioso, podría dominarse con un taponamiento momentáneo. Una vez abierto el foco, se coloca en él un tubo de cauchú en cruz, que se puede fijar muy fácilmente, y se amontona á su alrededor gasa yodofórmica. Tal es, poco más ó menos el procedimiento que sigue Mundé (1), haciéndolo seguir de una limpia del foco con la cucharilla roma, practicada con sumo cuidado. Este último acto no me parece de utilidad real, fuera de algunos casos excepcionales (un quiste dermoide, que contenía cabellos y otros restos de tejido, constituía el punto de partida de uno de los abscesos abiertos por Mundé). Este raspado no está exento de peligros. En efecto, Laroyenne ha demostrado que la pared superior del absceso pélvico suele ser muy friable, siendo bastante para dislacerarla una invección algún tanto fuerte.

Para evitar toda herida en los uréteres y en las arterias uterinas ó vaginales (2), será preciso que al proceder á la elección del lugar que se debe incindir, se observen los preceptos siguientes:

Tumor posterior: incisión transversal ó vertical, en dirección del eje mayor del tumor.

Tumor lateral: incisión oblicua por detrás y hacia afuera, la cual por delante no ha de pasar de la prolongación del diámetro transversal del cuello.

Tumor anterior: incisión transversal muy pequeña combinada con otra ántero-posterior más larga.

Creo que esta incisión por la vagina debe reservarse á un número contado de casos particularmente favorables, y que, como procedimiento general, es infinitamente inferior á la laparotomía.

(1) Mundé. The treatment of pelvic Abscess in women by incision and drainage (Amer. Journ. of Obster., febr. 1886, t. XIX, p. 113).

En efecto, únicamente después de la exploración directa, previa abertura del vientre, es cuando se obtiene la certidumbre de que la extirpación de la bolsa es imposible, único tratamiento de curación definitiva, mientras que la incisión deja subsistir causas de recidivas incesantes. Por fin, al escoger la vía vaginal nunca se está á cubierto de la probabilidad de herir asas intestinales aglutinadas en el fondo de saco de Douglas.

B. El absceso forma prominencia hacia el recto.—¿Será prudente adoptar esta vía para incindirlo, siendo como es tan poco favorable para la ulterior antisepsia del foco? No es de aconsejar esta vía, por más que Byford (1) la recomienda sobremanera. En casos de esta índole, valdría más evacuar el pus por medio de la incisión para-sacra ó por la perineotomía.

C. El absceso está situado á igual distancia de la vagina y de la pared abdominal. — Varias son las vías que se han propuesto para

- 1.º La via perineal (HEGAR, SENGER, O. ZUCKERKANDL).
- 2.º La via pélvica ó sacra (E. Zuckerkandl, Wiedow, SÆNGER).
- 3.º La incisión del ligamento de Poupart y el desprendimiento del peritoneo hasta el nivel del foco (HEGAR) (2), por una operación análoga á la que se practica para la ligadura de la ilíaca, para la que he propuesto el nombre de laparotomía sub-peritoneal.
- 4. La laparotomía propiamente dicha ó trans-peritoneal, especialmente preconizada por L.-Tait (3): esta operación comprende á su vez dos procedimientos, según se suturen las paredes del absceso al abdomen, ó se resequen, haciendo por la vagina el desagüe de la cavidad todo lo reducida posible (MARTIN).

5°. La incisión en dos tiempos.

Pasemos ahora á estudiar rápidamente esos varios procedimientos.

1.º Vía perineal. — Hace ya tiempo que Hegar (4) propuso Incisión por proceder al descubrimiento de los abscesos pélvicos pasando á través del hueco isquio-rectal, mediante una incisión dirigida desde la tuberosidad isquiática á la punta del coxis.

La perineotomía vertical recomendada por Sænger no es más que

(1) H. Byford (de Chicago). Amer. Journ. of Obstetr., 1886, p. 425.

⁽²⁾ REEVES JACKSON (citado por Mundé. Loc. cit., p. 119) refiere un caso de muerte por hemorragia, á consecuencia de una punción aspiratriz practicada por un caso de absceso pélvico.—CLINTON CUSHING (de San Francisco) propone el empleo de un instrumento análogo á una pinza de las que sirven para los guantes, pero con punta, con el cual por la simple punción y separación de sus ramas se puede introducir un tubo y evitar la incisión.

⁽²⁾ HEGAR y KALTENBACH. Traité de Gynécol. opér., trad. al francés, por BAR, p. 464. (3) Lawson-Tair. The pathology and treatment of the Diseases of the ovaries. Birmingham, 1883.

⁽⁴⁾ HEGAR Y KALTENBACH. Loc. cit., p. 464.

la incisión perineal de Hegar agrandada; consiste en una incisión practicada al lado de la línea media, comenzando al nivel del tercio posterior del labio mayor y terminando á 2 centímetros hacia afuera del ano, entre este orificio y la tuberosidad isquiática; esta incisión permite el acceso por encima del elevador del ano, incindiéndole (fig. 20).

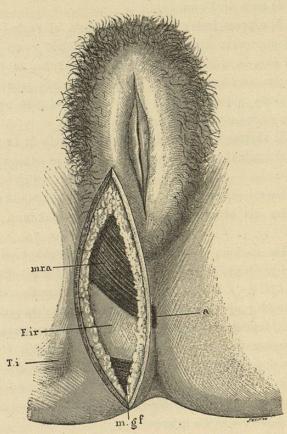


Fig. 20.—Perineotomía vertical. (Hegar, Sænger) a. Ano. T. i. Tuberosidad del isquión. m. gf. Músculo gluteo mayor. m. r. a. Músculo elevador del ano, F. ir. Fosa isquio-rectal

La perineotomía transversal, de Otto Zuckerkandl, por desdoble del tabique recto-vaginal, ha sido recomendada especialmente para la extirpación del cáncer del cuello del útero (p. 466, t. I), pero también se ha indicado (Sænger) (1) como un medio para evacuar las colecciones situadas en el fondo de saco de Douglas. La incisión se extiende de uno á otro de los isquiones (fig. 21) y en sus dos extremidades se puede practicar una pequeña prolongación

(1) M. Sænger. Arch. f. Gyn., 1890, Bd. XXXVII, Heft 1, p. 100.

oblicua de delante atrás y de dentro afuera, que le imprima la forma de un trapecio sin base. De este modo se llega muy profundamente hasta dentro del fondo de saco de Douglas y se pueden evacuar las colecciones con mucho menos riesgo de infección que con la abertura por el recto. Pero, resultando la herida infundibu-

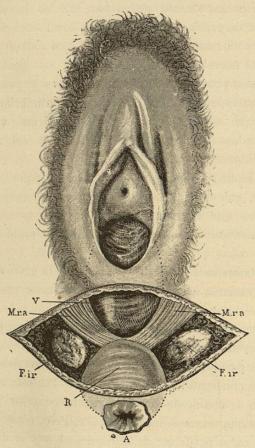


Fig. 21.—Perineotomía transversal (O. Zuckerkandl) A. Ano. R. Recto. V. Vagina. M.r. a. Músculo elevador del ano. F. ir. Fosa isquio-rectal

liforme, no se puede maniobrar con libertad suficiente para practicar la extirpación del pío-sálpinx.

2.° Vía pélvica ó sacra (1).—Se han propuesto varios procedimientos nuevos para llegar á los abscesos:

(1) Wiedow. 3.er Congreso de Ginecól. alem. en Friburgo, 1889 (Centralbl. f. Gyn... 1889, n.º 30, p. 520) y Berl. klin. Wochenschr., 1889, n.º 18, p. 202.—Sænger. Centralbl. f. Gyn., 1889, n.º 31, p. 542.—S. Saxтоври (de Copenaga). Hosp. Tid., 1890, p. 1245, 1265, у

El primer caso de incisión de absceso pelvico por la vía sacra ha sido publicado por Wiedow (Berl. klin. Wochenschr., 11 marzo 1889) —Por la misma ocasión refiere una salpingotomía practicada por esta vía.

La incisión para-sacra de E. Zuckerkandl y de Wælfler, con la profundidad que alcanza en los lados del sacro, penetra en el espacio pelvi-rectal superior, encima del elevador del ano.

La resección definitiva ó temporal del coxis y del sacro según el método de Kraske, modificada por Hegar (p. 467-469, t. I). Esta operación únicamente podrá ser útil en los casos en que hay necesidad de ganar un gran espacio, como por ejemplo, en la extirpación de un tumor; una incisión sin otro objeto que el de la evacuación, no necesita de ella.

Todos estos procedimientos son ingeniosos y pueden ser muy útiles en casos especiales. Pero todos resultan inferiores á la laparotomía, porque con ella se puede practicar una verdadera incisión exploradora bastante ancha y dispuesta del modo conveniente para obtener la seguridad de si se trata de un pío-sálpinx enucleable ó de un absceso pélvico que sólo justifique la incisión; de manera, pues, que en la incisión se corre grave riesgo de incindir tan sólo bolsas que habrían podido extirparse, lo cual daría por resultado una curación incomparablemente más rápida y más completa.

Laparotomía

3.º La laparotomia sub-peritoneal (1) reune la gran ventaja de no exponer á la enferma á los riesgos de la efusión de pus en la cavidad serosa, resultando en estos casos mucho más benigna que la laparotomía propiamente dicha ó trans-peritoneal. Pero por otro lado, tiene el inconveniente de no permitir más que una incisión del foco, no dejando la posibilidad de una extirpación en los casos en que la bolsa, aunque adherente, podría enuclearse. Por esta razón no soy tan partidario de ella desde que han adquirido mayor precisión los conocimientos que tenemos del pío-sálpinx. Pero, como en ciertos y determinados casos puede ser de utilidad real, voy á describirla en pocas palabras.

Ante todo es necesario darse cuenta de las conexiones exactas del absceso por medio del tacto y de la exploración bi-manual. Á un centímetro más arriba de la arcada crural se practica entonces una incisión de 8 á 10 centímetros, procediendo por capas hasta dar con el tejido celular sub-peritoneal. Del mismo modo que se verifica para la ligadura de la ilíaca externa, hay que despegar la serosa con los dedos, dirigiéndose hacia la rama horizontal del pubis. -Con un ancho retractor ó con los dedos deberá un ayudante mantener

levantado el peritoneo en el interior, mientras que el operador con el índice aplicado al fondo de la herida procura sentir la resistencia del absceso. De este modo se llega poco á poco hasta la base del ligamento ancho en la parte más profunda de la cavidad pélvica. Al descubrir el foco purulento que se deja reconocer por la fluctuación, se incinde, se deterge esmeradamente su cavidad y se practica el desagüe, ora á través de la pared abdominal, ora por la vagina por medio de un tubo en cruz que se puede introducir muy fácilmente con la pinza de Welfler (fig. 48 del tomo I); para esto es necesario haberse asegurado, por la exploración practicada á la vez por el tacto vaginal y por el examen del fondo de la herida. de que la cavidad del absceso se halla á corta distancia de la vagina. Por este procedimiento he logrado obtener muchas curaciones (1).

Puede darse el caso que á pesar del desprendimiento del peritoneo no se llegue á alcanzar el foco, ya por haber incurrido en error acerca de su situación, ya porque una inflamación antigua ha causado la adherencia de la serosa y la ha vuelto friable, en cual caso son de temer los desgarros. Si así fuera, se podrá echar mano. en la misma sesión, del ingenioso procedimiento de Hegar, esto es, de la abertura en dos tiempos, cuya descripción reservo para más

4.º La incisión por la laparotomía propiamente dicha, ó transperitoneal, fué ejecutada primero por Lawson-Tait, siguiendo luego el ejemplo de éste otros muchos cirujanos (2). Se abre el abdomen por una incisión bastante reducida (7 á 10 centímetros), se introducen los dedos con objeto de reconocer debidamente el tumor; se le evacúa por una punción aspiratriz; se atrae la bolsa entre los labios de la herida abdominal, se abre y se suturan sus paredes á los labios de la pared del abdomen; por último se limpia la bolsa con toda pulcritud y se rellena de gasa antiséptica ó se colocan en ella dos grandes tubos de desagüe. De este modo se han obtenido éxitos muy brillantes, pero también algunos fracasos. Durante estas maniobras pueden presentarse grandes dificultades; la bolsa puede estar firmemente adherida á la pelvis y ser de pequeñas dimensiones, en

(1) Véanse las observaciones contenidas en el trabajo de Versepuy. De la Périmétrite et de son traitement. Tesis de Paris, 1888.

⁽¹⁾ S. Pozzi. De la Laparotomie sous-péritonéale, etc. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 14 abril 1886).—BARDENHEUER. Der extra-peritoneale Explorativschnitt. Stuttgert,

⁽²⁾ L. TAIT. Loc. cit.—En julio de 1889 había operado y curado por este medio 38 abscesos pélvicos (Edinb. med. Journ., julio-agosto 1889, t. XXXV, p. 1 y 97).—Véase también CHRISTIAN FENGER. Soc. obst. de Chicago (Amer. Journ. of Obstetr., 1886, t. XIX, p. 428).— Mac Kay. Lancet, 12 febr. 1887.—Terrillon. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1.º junio

GINECOLOGÍA. T. II. -17.

Incisión

cual caso no siempre es asequible atraerla entre los labios de la incisión abdominal (1), ó bien al querer fijarla con cierto esfuerzo á este punto, puede desgarrarse consecutivamente, dando lugar á un escape de materia séptica en la cavidad peritoneal. Emmer cuenta que él ha presenciado como el mismo Lawson-Tair tuvo que renunciar á la operación, porque no pudo aislar la bolsa de las asas intestinales aglutinadas que la revestían.

En cuanto sea dable, deberá procederse como sigue: después de haberse asegurado de la imposibilidad de practicar la enucleación de la bolsa, y en los casos raros en que se pueden distinguir perfectamente las paredes de ésta, se vacía la bolsa mediante la punción, se la abre protegiendo debidamente el peritoneo, se la limpia con cuidado, y, explorando simultáneamente su profundidad y el fondo de saco posterior de la vagina, se determina si es posible verificar el desagüe por esta vía. En caso afirmativo se hunde un trocar grande ó la pinza de Wœlfler á través del fondo de saco vaginal hasta el de la bolsa, y por este conducto se retira hacia la vagina la rama larga de un tubo en cruz, cuyos brazos deben ocupar el fondo del absceso; en este punto de la operación sólo falta resecar todo cuanto se pueda de la bolsa purulenta y cerrarla luego exactamente por el lado del vientre, mediante una sutura de puntos por encima y algunos otros puntos separados de refuerzo, todos con catgut. Después de esto, lavado y aseo perfectos del peritoneo y sutura completa dela herida abdominal (MARTIN).

Cuando la pared del absceso no forma una bolsa bien marcada que se preste á la enqueiresis precedente, habrá que limitarse á limpiarla con la mayor pulcritud posible, después de lo cual se rellena de gasa yodofórmica, observando el procedimiento de taponamiento antiséptico del peritoneo, descrito en otro lugar (p. 85, T. I) (2).

5.° Finalmente, Hegar (3) ha propuesto hacer con intención deliberada la abertura en dos tiempos, del mismo modo que Volkmann la ha practicado para los quistes hidáticos del hígado. En el primer tiempo se ejecuta la laparotomía y se hace el taponamiento con gasa yodofórmica, de manera que quede un canal que una la bolsa á la incisión abdominal. En el segundo tiempo, es decir, á los cuatro ó cinco días, cuando las adherencias ya han adquirido cierta resistencia, se incinde la bolsa. Se puede ejecutar este procedimiento, pasando á través del fondo de saco posterior de la vagina.

D. El absceso se halla más cerca de la pared abdominal. - Incisión de los En este caso habrá que buscar el pus por medio de una incisión ficiales por la pared abdominal practicada inmediatamente debajo del ligamento de Poupart, y, si fuere necesario, habrá que desprender el peritoneo en un trecho reducido. Conviene tener presente que, si fuera preciso practicar un ojal en la propia serosa por ser voluminosa la bolsa purulenta y hallarse contigua á los tegumentos, dicho ojal no debe inspirarnos ningún recelo, porque la misma presión intra-abdominal se encarga en estos casos de impeler la bolsa entre los labios de la incisión y la mantiene fija entre ellos, de suerte que no hay que temer ninguna penetración de pus en el peritoneo.

Es preciso no confundir con la laparotomía sub-peritoneal la incisión de una colección situada en la fosa ilíaca, seguida de un ligero desprendimiento de la serosa, porque en esta operación no se debe hacer ninguna pesquisa, ni penetrar profundamente en la cavidad pélvica. Algunos autores han incurrido sin embargo, en esta confusión (1).

La incisión de una vasta colección purulenta, como suelen serlo los flemones del ligamento ancho, debe ser suficientemente grande (6 á 8 centímetros) y conservarse abierta por medio de dos grandes tubos de desagüe reunidos uno ú otro á modo de cañones de fusil é introducidos suavemente hasta el fondo del foco. Pero también se pueden reemplazar estos tubos por una gruesa tira de gasa yodofórmica. Si hay que practicar invecciones, es necesario hacerlas con un líquido ligeramente antiséptico (agua fenicada al 10 por 1000, sublimado al 1 por 5006), y practicar acto seguido otra inyección de agua filtrada y hervida, á fin de que en la ancha cavidad no quede ningún resto del líquido antiséptico, porque su absorción podría ocasionar accidentes. Si á pesar de esta precaución se observase que ha habido estancación, con gasa yodofórmica se

⁽²⁾ S. Pozzi, de Lostalot-Bachoué y Baudron. Remarques clin. et opérat. sur trente (1) WIEDOW. Loc. cit.

Laparotomies (Annal. de Gyn., mayo 1890, t. XXXIII, p. 251 y sig.). (3) Wiedow. Zur operativen Behandlung des Pyo-salpinx (Centralbl. f. Gyn., 1885, n.º 10, p. 145) y 3.er Congreso de ginécologos alem. en Friburgo, 1889 (Centralbl. f. Gyn. 1889, n.º 30, p. 520).

⁽¹⁾ Houzel (de Bolonia). Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1887, p. 856.—Es necesario conservar á la voz laparotomía (λαπάρα, = ijar y τέμνω, = yo corto), empleada por sí sola, la significación que le ha impuesto el uso, y entender con ella la incisión de la totalidad de la pared abdominal con inclusión de la serosa. Uno de los rasgos esenciales de la laparotomía consiste en que siempre es más ó menos exploradora, circunstancia ésta de suma importancia, porque por seguro que parezca el diagnóstico, es harto sabido que cada caso particular reune numerosos pormenores que sólo llegamos á conocer después de haber abierto el vientre. Este mismo carácter explorador encierra también la incisión en la región de los vacíos sin abertura del peritoneo, pero caminando por debajo la serosa: como este carácter hace que dicha incisión se parezca mucho á una laparotomia completa, por esta razón me parece justificado aplicarle el nombre genérico con aditamento del epíteto específico y restrictivo de sub-peritoneal.