

Escuela Nacional de Medicina.

LA CELIOTOMIA VAGINAL  
ANTERIOR

TESIS INAUGURAL  
Del alumno Ramón Puente.

México.—1906.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## INTRODUCCION.

—:—

La Celiotomía vaginal anterior, como todos los asuntos importantes de la Cirugía Ginecológica, ha sido muy discutida y tiene sus partidarios y sus impugnadores, porque en Cirugía, lo mismo que en Medicina y lo mismo que en la casi totalidad de los conocimientos humanos, no hay nada absoluto y la discusión se establece y se empeña, siempre que la insaciable y eterna sed de perfeccionamiento científico da á luz un nuevo método, lanza una nueva teoría ó propone una innovación en hechos ya sancionados al parecer por una larga práctica; pero dentro de la multitud de detalles, del sinnúmero de argumentaciones en pro y en contra de toda cuestión de más ó menos importancia, en la Cirugía, lo mismo que en las otras ciencias, se nota un movimiento de enorme progreso que encauza al espíritu humano obligándolo á buscar para todas sus adquisiciones una base sólida y racional.

El Cirujano moderno debe buscar á toda costa los medios más eficaces, más anatómicos, más de acuerdo con la fisiología para salvaguardar, no solamente la existencia, sino también, hasta donde sea posible, la función del órgano que padece y reclama su intervención, debe obrar ajustando sus métodos á los principios biológicos, porque sobre él pesan inmensas responsabilidades y enormes compromisos con la vida.

Ahora bien, partiendo de esa convicción, voy á empeñar mi humilde esfuerzo para tratar el asunto que elegí como tema de mi prueba escrita: *La Celiotomía vaginal anterior es el acto operatorio que tiene por objeto dar acceso á la cavidad abdominal*

*por el fondo anterior de la vagina permitiendo así llevar á cabo varias intervenciones sobre los órganos genitales internos.* Es un medio directo, perfectamente anatómico y fisiológico de penetrar á dicha cavidad, y el que menos expone á la mujer al traumatismo y á los peligros de una laparotomía supra púlica que, muy á pesar de los perfeccionamientos quirúrgicos, seguirá siendo una intervención muy seria.

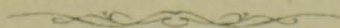
La Celiotomía vaginal anterior es una operación esencialmente ginecológica, por cuya razón sólo está al alcance de los especialistas, es decir, de aquellos individuos que conocen profunda y detalladamente las funciones y la estructura de determinado órgano y que, merced á un ejercicio sistemático, han familiarizado su mano, su vista y su sensibilidad en las dificultades de ciertos actos operatorios. Dominado, pues, el conocimiento de los órganos genitales de la mujer, se verá que la vía vaginal es el conducto más accesible que la naturaleza pone al cirujano para llevar á feliz resultado un buen número de intervenciones quirúrgicas, puesto que, destinada naturalmente para dar paso al feto de término, por más que esta función sea en ocasiones traumatizante y laboriosa, pueda dar paso también á los órganos enfermos, cuando sus dimensiones no excedan á las de este canal; y, por otra parte, la asepsia de la región se hace hasta un grado muy satisfactorio y una vez verificado, pongo por caso, en la colpotomía posterior, el vaciamiento de una colección purulenta del fondo de Douglas, puede establecerse y de hecho se establece, una correcta canalización.

Obligado como está el ginecólogo á no perder de vista ninguno de los elementos que presten mayor benignidad y mayor garantía á sus pacientes, el estudio de la Celiotomía vaginal anterior no es un asunto baladí y desdeñable, porque exija de él un esfuerzo mayor y lo obligue á maniobrar en un espacio más reducido, teniendo que llevar, permítaseme la frase, su vista en los dedos, si al fin y al cabo la educación de su tacto es una de las condiciones esenciales de esta especialidad; debe, pues, acostumbrarse á manejar la vía vaginal con toda

seguridad, y con la mayor habilidad, puesto que por encima de todo está el beneficio que recaiga sobre la enferma.

La Celiotomía se debe a Durrhsen y á Mackenrodt, habiéndose practicado por primera vez en México hace nueve años, como consta en los trabajos de la distinguida Sociedad de Cirugía, por el Doctor Julián Virrereal, quien la importó directamente de Alemania y le ha dado entre nosotros una gran extensión. Ulteriormente ha sido y es practicada con éxito por los Doctores Don Ramón Macías, Don Francisco Hurtado, Don Juan Velázquez Uriarte, Don Ulises Valdés, Don Arturo Iturriaga y algunos otros.

Veamos cuáles son sus principales indicaciones, cuál su técnica operatoria, descrita según la he visto practicar, y cuáles sus consecuencias, dadas las observaciones que he seguido en varias enfermas y con las que terminaré este imperfecto trabajo, permitiéndome, antes que todo, exponer algunas nociones anatómicas de la región.



## APUNTES ANATOMICOS.

—:—

Procuraré no ser muy extenso en lo que se refiere á los datos anatómicos, que necesita el cirujano, para ejecutar la Celiotomía vaginal anterior, limitándome solamente á recordar las relaciones de los diversos órganos que debe encontrar á su paso y algunos detalles de estructura que hay que tener presentes.

### VAGINA.

La vagina tiene una longitud de 8 á 14 centímetros según Petit, midiendo la pared posterior 2 centímetros más que la an-

terior. En el estado de vacuidad tiene sus paredes aplicadas la una contra la otra.

Desde el punto de vista de su forma, cuando está vacía, y de sus relaciones, se puede dividir en tres partes: I. Un *fondo de saco* al derredor del hocico de tenca; II. Un *segmento supravestibular* entre el fondo de saco y el vestíbulo; III. Un vestíbulo ó segmento intradiafragmático en el espesor del piso pélvico.

El *fondo de saco*, adaptado al hocico de tenca, es más elevado atrás que adelante y tiene la forma de un cilindro cortado como la boquilla de un clarinete. Está en relación: atrás, con el peritoneo, á una altura de centímetro y medio próximamente; en la unión de su cara posterior y de sus flancos, con la inserción de los ligamentos pelvi-recto-genitales; por sus flancos, con la porción vaginal del pedículo hipogástrico; adelante, con la vejiga y con el uréter. La inserción sobre el cuello se hace en una línea de 3 á 4 milímetros de grueso, primero por continuidad de su mucosa, de epitelio pavimentoso, con la mucosa del hocico de tenca; segundo, por continuidad de su capa muscular superficial con la capa llamada supravascular del cuello, mientras que sus capas musculares profundas se pierden en el espesor de este órgano.

El segmento supravestibular de la vagina tiene dos paredes, una anterior y otra posterior, aplicadas la una contra la otra, y dos bordes laterales. La pared anterior está en relación con la vejiga; la posterior con el recto; los bordes con el espacio pelvivisceral.

Cuando la vagina está distendida por una substancia ó por el espejo, toma la forma de un embudo cuyo corte horizontal es casi circular al nivel del fondo de saco, de tal manera que el conducto vaginal y el vulvar se continúan insensiblemente. En las vírgenes y sobre todo en las desfloradas nulíparas, la base del embudo, es decir, la parte más extensible de la vagina, corresponde á la inserción cervical y el vértice al orificio vulvovaginal; lo contrario pasa con las mujeres que han tenido partos, á causa de la dilatación del piso pélvico.

Pawlick ha descrito sobre la cara anterior del conducto va-

ginal un triángulo limitado por tres pliegues de la mucosa, triángulo correspondiente al trígono vesical de Liutaud. Para darnos cuenta de este triángulo, que es, por decirlo así, el punto capital de nuestros recuerdos anatómicos necesarios para hacer comprender el acto operatorio de que se trata, hay que distender la pared anterior de la vagina y deprimir la posterior con la valva de Sims y entonces tendremos una extensión de 6 á 7 centímetros.

La pared anterior de la vagina es de 3 á 4 milímetros de espesor y comprende las siguientes capas, de fuera á dentro: una mucosa que es la misma del resto del conducto y tiene iguales propiedades; una submucosa; una aponeurosis que lleva el nombre de *cache-vaisseaux*, y un plano de deslizamiento formado por tejido celular, que, una vez desprendido, pone al cirujano frente por frente de la vejiga.

Las arterias de la vagina son originadas por la arteria vaginal, rama de la hipogástrica; provienen también de la uterina «ramas vésico-vaginales», de la vesical, de la vesical inferior, de la hemorroidal media y de la pudenda interna. Las venas vaginales son notables por su número y por su volumen y forman de cada lado de la región un rico plexus, el «plexus vaginal», que comunica ampliamente con los plexus cercanos: plexus uterino, vesical, perirrectal, etc. Los linfáticos son abundantes y se anastomosan con los del cuello uterino y con los de la vulva. Los nervios vienen del plexus hipogástrico y del pudendo interno.

### UTERO.

El útero en el cadáver, al estado normal y cuando la vejiga está vacía, se encuentra en tal anteversión, que el cuerpo tiene una situación casi horizontal y se apoya sobre la cara pósterosuperior de la vejiga; además, el cuerpo está doblado ligeramente sobre el cuello. En el vivo esta anteflexión es todavía menos pronunciada. Cuando la vejiga se llena, el útero se pone en posición mediobaja y detrás de ella.

El útero se divide en cuerpo y cuello; se distinguen en él una cara anterior, otra posterior, dos flancos y un fondo terminado en dos cuernos; de su cara posterior se desprende una cresta

media (Le Dentuy y Pichevin) que es útil conocer para el diagnóstico diferencial del fibromioma y de la retroversión; el cuerpo del útero está libre en la cavidad peritoneal; á sus cuernos vienen á terminar la trompa, el ligamento del ovario y el ligamento redondo. El istmo corresponde adelante al ligamento véstico-uterino, sobre los lados de la arteria vesical y sus colaterales; atrás, al peritoneo y al ligamento redondo úterorrectal; la porción supravaginal del cuello corresponde á la vejiga; la vaginal, á la inserción de la vagina; la porción intravaginal es libre.

El espesor de la pared uterina es próximamente de 8 milímetros al nivel del orificio tubario, de 1 centímetro al nivel del fondo; pero en realidad este espesor es muy variable según los individuos. La longitud es de 6 á 6 y medio centímetros en las nulíparas; alcanza de 8 á 9 en las múltíparas robustas y de gran talla. Cuando sobrepasa esta longitud, se trata de un útero en período puerperal ó atacado de fibromioma.

#### VEJIGA.

La vejiga vacía en la mujer tiene la forma de una bolsa aplastada y triangular presentando dos paredes, una superior ó póstero-superior y otra inferior dividida en una parte ántero-inferior y otra póstero-inferior; tres cuernos, uno anterior terminado en el uraco, uno posterior y otro supra-ureteral. Tres bordes comprendidos entre estos tres cuernos, uno posterior y dos laterales.

La pared póstero-superior, triangular y cupuliforme, desciende muy oblicuamente hacia la vagina y después se levanta para alcanzar el istmo uterino. La pared ántero-inferior es triangular, está tendida á  $80^{\circ}$  próximamente y corresponde al lóculo pre-uretro-vesical. Su vértice se continúa un poco abajo del borde superior del pubis. La pared póstero-inferior forma lo que se llama la base de la vejiga, es trapezoidal; por sus dos segmentos extravaginales esta pared contribuye á formar el techo del espacio pelvi-vesical lateral; por su segmento medio corresponde á la vagina y á la porción supravaginal del cuello uterino.



## URETERES.

Los ureteres en su segmento pélvico describen una gran curva abierta hacia arriba y hacia adentro. Su porción mural se dirige hacia abajo y hacia adelante paralelamente á la arteria hipogástrica, atrás y hacia adentro de esta arteria, á la cual se aplica; alcanza la vagina á más de 2 centímetros abajo de su inserción cervical, en el límite de su flanco y de su cara anterior, para pasar entre esta cara y los cuernos vesicales de los cuales penetran en la pared profunda haciendo un ángulo como de  $45^{\circ}$ .

Los ureteres están 8 centímetros distantes del nivel de la inserción de la vagina, sobre la cara posterior del istmo, es decir, según la línea de elección para hacer la colpotomía posterior. Se reconocen en su forma aplastada, su volumen, su dirección y sus relaciones.

## INDICACIONES.

—:—

Muy numerosas son las indicaciones de la Celiotomía vaginal anterior. El ginecólogo al practicar esta operación se pone en aptitud de tratar correctamente muchos padecimientos de los que aquejan á la mujer, principalmente en el período de su actividad genésica. No trataré sino de las más importantes y que motivaron las intervenciones que he presenciado.

Los padecimientos inflamatorios anexiales en general, anexitis y pelvi-peritonitis, están al alcance del cirujano por esta vía generalmente cuando ya han calmado los fenómenos agudos, es decir, cuando las lesiones inflamatorias han terminado su evolución ascendente y se estacionan, se resuelven ó se colectan. Sin embargo, casos hay también en que una oportuna intervención en el período agudo de estas inflamaciones puede salvar la vida de las enfermas.

Son igualmente atacables:

Las pelvi-peritonitis crónicas acompañadas de retroversión uterina adherente; los quistes de pequeñas dimensiones del ovario y del para-ovario y aún los de dimensiones gigantes, siempre que no hayan contraído adherencias múltiples con los diversos órganos;

Los fibromiomas de dimensiones medianas, principalmente los sub-peritoneales, que deben enuclearse á fin de conservar la matriz siempre que sea posible;

Los embarazos extra-uterinos cuando se sitúan en el fondo de Douglas ó en la región ante-uterina;

En la vésico ó vagino-fijación que se debe practicar en los casos de retroversión uterina y de algunos prolapsus de la matriz cuando éstos son provocados por la relajación de sus medios de sostenimiento intra pélvico; en algunas co ecciones purulentas que hacen saliente en el fondo anterior; en los casos de fistlas vesico-uterinas.

Por último, la Celiotomía vaginal anterior puede practicarse como operación exploradora para fijar un diagnóstico dudoso, caso que no sólo puede acontecer al ginecólogo novel, sino también á los que están ya avezados en la especialidad.

---

## LA OPERACION

—:—

Para proceder á una Celiotomía vaginal anterior se prepara la enferma según las reglas generales para todas las operaciones quirúrgicas de importancia, es decir, ordenando un baño general y un purgante la víspera de la operación y evacuando el intestino con una lavativa, si el purgante no fuere suficiente. Se rasura el vello del pubis y se hace un aseo previo y minucioso de la vagina.

Respecto á la anestesia, se puede elegir el cloroformo, el éter ó la inyección intrarraquidia de una solución de tres centigramos de cocaína al 3 ó al 4 .º, que da muy buen resultado cuando se sigue una técnica correcta, y tiene la ventaja de evitar á la mujer los trastornos del cloroformo, proporcionándole una anestesia suficiente p r el tiempo que dure la operación, ó, cuando menos, ahorrándole una buena cantidad de otro anestésico.

Trasladada la paciente á la mesa de operaciones y bajo la acción de la anestesia, se procede á un aseo definitivo de la región empleando para esto agua, jabón y cepillo esterilizados; después alcohol á 95 ° con bicloruro de mercurio y una solución de bicloruro al 1 por mil.

Se da á la enferma la posición de la talla, y con dos ayudantes, cuando menos, uno que pudiéramos llamar inmediato, que es el que debe servir al cirujano en todos los tiempos operatorios, y otro para proporcionar constantemente el chorro de una solución estéril de suero fisiológico sobre los tejidos cruentos, se procede á la operación de la manera siguiente:

Se comienza por evacuar la vejiga; después, con una valva, ó con los dedos de la mano izquierda, se deprime la pared posterior de la vagina para poder percibir el cuello; se toma éste con una ó dos pinzas de fijación que le traen hasta la vulva: estas pinzas y la valva son confiadas al ayudante. Con el histerómetro introducido en la cavidad uterina, seda cuenta el cirujano de la profundidad del cuerpo y del grado de dilatación del cuello; después se completa, si es necesario, esta dilatación con las bujías de Hegar y se hace el raspado de la matriz, se canalaliza con gasa yodoformada, se abate el cuello con la pinza fijada en su labio anterior y se colocan dos ó tres pinzas más para extender bien la pared anterior de la vagina, quedando una sobre el tubérculo anterior de ésta y las otras dos, cuando sea necesario, á los lados de dicha pared. Sobre ella, una vez distendida, se traza una incisión vertical media que comience próximamente un centímetro abajo del tubérculo anterior ya mencionado y termine á menos de un centímetro adelante del cuello. Esta primera incisión tiene por objeto abrirse paso entre la vejiga y la vagina, y para esto se tendrá que llegar hasta el tejido celular de separación situado entre estos dos órganos; este tejido celular se conoce por sus caracteres enteramente distintos de los que tiene la pared misma de la vejiga. Una vez llegando á él, será fácil lograr el despegamiento de la vejiga de los colgajos que tienen que tallarse de uno y otro lado de esta incisión, y sólo en casos de prolapso inveterado ó de inflamaciones crónicas se tropezaré con algunas dificultades pa-

ra llevar á cabo este tiempo del acto operatorio. El otro ayudante debe cuidar de dar luz al cirujano por medio del chorro de suero estéril que arrastre la sangre y permita hacer esta operación casi en blanco. Los colgajos á que he hecho referencia, que se tallan de uno y otro lado de la incisión, es resacan en un grado variable según la extensibilidad de la vagina; así, por ejemplo, en el caso de una cistocele muy pronunciada, tendrán que ser éstos de grandes dimensiones con el objeto de estrechar la vagina al cerrar la herida. Cuando la disección se ha terminado, es preciso despegar con el dedo índice la vejiga del cuello uterino hasta llegar al peritoneo; para fijar con toda seguridad este otro tiempo importante de la Celiotomía, es indispensable hacer un corte transversal y ligeramente encorvado, de concavidad vuelta hacia arriba, al nivel del cuello y debajo del borde de la vejiga, corte que se ha de verificar sobre la aponeurosis *cache-vaisseaux*, que es la que fija la vejiga al cuello de la matriz y la que encierra los vasos más importantes de la región. Despegada la vejiga, se coge y se levanta con la valva. Este es el tiempo más importante de la Celiotomía; hay, pues, que tener presentes los caracteres de la vejiga para aislarla perfectamente y no causarle lesión, recordando que entre ella y la pared anterior de la vagina, en la capa subperitoneal, caminan los ureteres que tienen una dirección de abajo hacia arriba y de dentro hacia afuera costeando casi el cuello uterino, para evitar también herirlos. Una vez reconocido el fondo de saco vésico-uterino, hay que abrirle con las tijeras y ampliar el ojal sacando éstas abiertas. Hecha la abertura más ó menos amplia de la serosa, el cirujano tiene acceso á los órganos genitales internos y puede, introduciendo dos dedos, explorar el útero y los anexos, destruir las adherencias que encuentre á su paso y darse cuenta del estado de los órganos para completar así su operación, según que se trate de un útero desviado, de un pequeño fibromioma extirpable por esta vía, de un embarazo extrauterino, de un quiste del ovario ó del paraovario, de un padecimiento de los anexos ó de alguna otra afección ginecológica.

Para terminar la intervención que haya obligado al ginecó

logo á ejecutar este acto quirúrgico, se procederá á la vésico ó vagino—fijación, según el parecer de cada cirujano, pues la experiencia no ha pronunciado aún la última palabra respecto á la superioridad de alguno de estos dos procedimientos; en seguida se procede á suturar la herida vaginal con catgut ó seda, siendo suficiente las más de las veces el catgut. Si es necesario, se deja una canalización con gasa yodoformada, se tapona flojamente la vagina con gasa de la misma, se vuelve á sondear la vejiga y se traslada la enferma á su lecho, cuidando de repetir los sondeos dos ó tres veces cada veinticuatro horas durante los primeros dos ó tres días consecutivos á la operación.

## OBSERVACIONES.

—:—

De los muchos casos de Celiotomía vaginal anterior que he visto operar en el pabellón «González Echeverría» del Hospital General, por el Dr. Julián Villarreal, voy á permitirme apuntar los siguientes:

## I.

Rosa Martínez, de 20 años de edad, entró al Hospital el día 6 de Febrero de 1906. Se diagnosticó: retroversión uterina adherente y piosalpinx bilateral. Fué operada el 8 de Marzo.

Dilatación, raspa uterina, Celiotomía vaginal anterior, desprendimiento de la matriz adherente y reblandecida. — Se trata de desprender el piosalpinx derecho; en este momento se revienta dando una regular cantidad de pus, se le eventra rápidamente haciendo un amplio lavado con cloruro de sodio. Después se desprende el otro piosalpinx, se encuentra que la trompa está cerrada y se abre el pabellón que contiene natas purulentas; se hace la salpingostomía, la punción de los microquistes del ovario, que se puede conservar, y se extirpa la bolsa salpingo-ovárica del lado derecho, dejando una pinza en el ligamento infundíbulo-pélvico de este lado y otra en el cuerno uterino correspondiente para hacer la hemostasis y la canalización; se hace la vesico-fijación y la colporrafia anterior, canalizando la matriz y taponando la vagina con gasa yodoformada.

Temperatura y pulso que se observaron después de la operación:

	Temperatura.		Pulso.	
	Mañana	Tarde.	Mañana.	Tarde.
Día 8		37 <sup>02</sup>		112
„ 9—36 <sup>02</sup>		36 <sup>07</sup>	110	112
„ 10—36		37	106	108
„ 11—36 <sup>09</sup>		36 <sup>04</sup>	100	106
„ 12—36 <sup>04</sup>		36 <sup>04</sup>	100	98
„ 13—36		36 <sup>05</sup>	96	98
„ 14—36 <sup>04</sup>		36 <sup>02</sup>	88	96
„ 15—36		36 <sup>09</sup>	88	88
„ 16—36 <sup>04</sup>		36 <sup>04</sup>	68	70

El día 16 se quitó el tapón vaginal y el 26 se dió de alta á la enferma.

## II.

Vicenta Ortega, de 39 años, entró al Hospital el día 2 de Febrero de 1906. Se diagnosticó «Blenorragia uretral crónica, endometritis hemorrágica, matriz en retroversión adherente y anexitis bilateral.» Fué operada el 20 de Abril.

Raquicocainización, dilatación, raspado uterino, Celiotomía vaginal anterior, desprendimiento de la matriz y anexos, vesico-fijación, colporrafia anterior, canalización de la matriz y taponamiento vaginal con gasa yodoformada. Temperatura y pulso que se observaron después de la operación:

	Temperatura.		Pulso.	
	Mañana.	Tarde.	Mañana	Tarde
Día 20		37		100
„ 21—37 <sup>02</sup>		37	100	98
„ 22—37		36 <sup>09</sup>	90	97
„ 23—37		37	90	94
„ 24—37		36 <sup>09</sup>	92	94
„ 25—37		37	94	90
„ 26—37		37	94	92

El día 26 se sacaron el tapón vaginal y la gasa de canalización y el 7 de Mayo se dió de alta á la enferma.

## III

Herlinda Reyes, de 40 años de edad, entró al Hospital el día 1<sup>o</sup> de Marzo de 1906. Se diagnosticó «Endometritis cró-



nica, retroversión uterina adherente é hidrosalpinx bilateral y pelvi—peritonitis plástica crónica.» Fué operada el día 17 de Abril.

Raquicocainización y 15 gramos de cloroformo, dilatación y raspa uterina, Celiotomía vaginal anterior, desprendimiento de la matriz y anexos, extirpación del anexo izquierdo, de la trompa del lado derecho y de unos pequeños fibromiomas implantados en el fondo de la matriz, vesico-fijación, colporragia anterior, canalización de la matriz con gasa yodoformada.

Se hizo también una perineorrafia con catgut por el procedimiento del Dr. Villarreal.

Temperaturas y pulso que se observaron después de la operación:

	Temperaturas.		Pulso.	
	Mañana.	Tarde.	Mañana.	Tarde.
Abril 17		37		89
„ 18—37 <sup>02</sup>		37	100	98
„ 19—37		37 <sup>04</sup>	90	88
„ 20—37 <sup>01</sup>		37 <sup>04</sup>	96	98
„ 21—37 <sup>04</sup>		37	80	90
„ 22—37 <sup>05</sup>		37	80	92
„ 23—37		37 <sup>04</sup>	90	94
„ 24—37		37 <sup>04</sup>	90	94
„ 25—37		37 <sup>04</sup>	90	96

El día 26 se sacaron la gasa de canalización y el tapón vaginal y el 7 de Mayo se dió de alta á la enferma.

#### IV.

Valentina Castelo, de 30 años, entró al Hospital el día 12 de Febrero de 1906. Se diagnosticó «Endometritis crónica, anexitis quística derecha, prolapso en segundo grado, cistocele y desgarradura perineal en segundo grado. Fué operada el día 5 de Abril.

Raquianestesia, dilatación y raspa uterina, Celiotomía vaginal anterior, punción de los microquistes de uno y otro lado, extirpación de uno pequeño del lado derecho, vesico fijación, colporragia anterior y colpoperinorrafia, canalización de la matriz y taponamiento vaginal con gasa yodoformada.

Temperatura y pulso que se observaron después de la operación:

Dia	Temperaturas		Pulso	
	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde
5		37		92
"	6	37	37 <sup>02</sup>	90
"	7	37	37 <sup>03</sup>	92
"	8	37 <sup>04</sup>	37	94
"	9	37 <sup>04</sup>	37 <sup>02</sup>	94
"	10	37 <sup>04</sup>	37	90
"	11	37	37	92

El día 17 se sacaron las gasas y el 7 de Mayo se dió de alta á la enferma.

## Conclusiones

—:—

Estos son muy somera é incorrectamente expuestos, los datos que sobre la celiotomía vaginal anterior he podido recoger; lamento que mis escasos conocimientos y mi falta de experiencia, no me hayan permitido tratar esta importante cuestión ginecológica, con la claridad con que me ha impresionado; pero en asuntos de la índole de los que atañen á nuestras ciencias médicas, en donde el espíritu nunca puede desprenderse de la duda, de la vacilación y de la incertidumbre, es muy difícil y muy expuesto para los inexpertos intentar esclarecer una cuestión en la que se dividen las opiniones.

Si yo me atrevo, pues, á sacar de mi humilde trabajo conclusiones que parezcan demasiado ligeras ó demasiado aventuradas, es porque los hechos me han conducido á ello. Desde hace dos años veo practicar con mucha frecuencia esta operación; sé que se practica con igual frecuencia en el Hospital Morelos por los Dres. Ramón Macías y Ulises Valdés; he seguido atentamente muchos casos operados en el pabellón ginecológico "González Echeverría" del Hospital General, algunos en la clientela civil del Dr. Velázquez Uriarte y en todos ellos he visto y he sabido que dá muy buenos resultados, sin que quiera decir con esto que no haya fracasos y no existan tropiezos en la ejecución de estas intervenciones; pero una vez fijada la indicación, una vez he hecho el diagnóstico del padecimiento ginecológico que justifique una Celiotomía vaginal anterior, ejecutada ésta como la he descrito, es una operación por regla general fácil; es una operación perfectamente anatómica. por

que todos los peligros de sus diversos tiempos están previstos y allanados con el conocimiento detallado de la región; es una operación fisiológica, porque no perturba en nada las funciones de ninguno de los órganos; es una operación quirúrgicamente aséptica porque aun cuando de una manera bacteriológica nunca se pueda alcanzar el aseo de la vagina, sin embargo, verificada con todos los rigores de la asepsia y bajo el echorro continuo de una solución normal de cloruro de sodio, jamás he visto que se infecte. Esta operación, por otra parte, hace más completo el tratamiento de los órganos genitales de la mujer puesto que obra sobre la cavidad de la matriz al practicar el raspado de ésta, simplificando así el acto operatorio, lo que no podría verificarse á menos de una segunda intervención si se eligiera la laparatomía supra-pública para tratar los órganos genitales internos en las indicaciones precisas de una Celeotomía.

Por último, la Celeotomía vaginal anterior ejercita, disciplina y adiestra al ginecólogo en una especialidad en que una buena parte de los elementos curativos pertenecen á la Cirujía, ampliando así sus recursos y sus medios para poder ser siempre benéfico á la mujer que, confiada en su pericia, ponga en sus manos órganos de tanta importancia, puesto que son los destinados á perpetuar la vida.

MÉXICO, JULIO DE 1906.

**RAMON PUENTE**