



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Juan Montoya Alvarez

SUMARIO

SUMARIO:

Páginas de la Dirección	726
Doctor Juan Montoya Alvarez	
Algunas Consideraciones sobre seis Tiroidectomías ..	727
Doctor Angel D. Vargas	
Fístulas Vesicovaginales	746
Doctor Juan Montoya Alvarez	
Primeros Injertos de Córnea en Honduras	757
Doctor José Gómez Márquez h.	
El Método Bioterápico o Biológico en Cirugía Obstétrica y Abdominal	762
Doctor Amadeo Narcia Ruiz	
NOTAS VARIAS	770

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: DR.

JUAN MONTOYA ALVAREZ

Redactores:

DR. ALFREDO M1DENCE

DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA

DR. JUAN A. MEJIA M.

Secretario:

Administrador:

DR. JOSÉ COMEZ-MARQUEZ GIRONES

DR. ARMANDO BARDALES

Año XVI Tega., D. C., Hond., C. A., Mayo y Junio de 1948

Nº316

PAGINAS DE LA DIRECCIÓN

EXAMEN MEDICO PRENUPCIAL

La Asociación Médica Hondureña, en varias ocasiones ha discutido la conveniencia o no de la emisión de una ley que exija obligatoriamente el examen médico prenupcial; tan importante asunto ha sido motivo de múltiples discusiones y comentarios, en la que todos hemos expresado nuestra manera de sentir y pensar.

En esas diferentes discusiones mi posición fue siempre de oposición a la conveniencia de la emisión de dicha ley —en una sesión, un consocio mocionó, en el sentido de que la Asociación pidiera al Congreso nacional, la legislación de la mencionada ley—.

Se ha creído que mediante la legislación de dicha ley, es posible el control de una enfermedad infecciosa de gran repercusión social que responde al nombre de sífilis; y que se puede lograr dicho objetivo de las cuatro maneras siguientes:

*1°—Descubriendo casos de sífilis, lo que conduce a su **tratamiento** y la prevención de mayor diseminación.*

2°—Evitando la infección del cónyuge. 3°—Evitando la ocurrencia de sífilis congénita. 4°—Educando al público en cuanto se relaciona con la sífilis. Las razones para que mi posición sea de franca oposición a la creación, de esta ley, son las siguientes:

1°—No creo de justicia someter arbitrariamente a una parte de la población general —los que desean licencias matrimoniales—, a exámenes serológicos obligatorios para descubrir casos de sífilis— de ser obligatorio dicho examen a los que desean casarse, debe ser obligatorio a la población en general—.

2°—Considero injusto exigir exámenes de ciertos grupos con exclusión de otros, puesto que la causa de propagación de la sífilis es común para todos los que tienen contacto sexual.

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SEIS TIROIDECTOMIAS"

Por el Dr.

Angel D. Vargas

Señores:

Quiero presentar ante la distinguida Asociación Médica de Honduras este pequeño trabajo sobre mis seis tiroidectomias practicadas en el hospital de Occidente de la ciudad de Santa Rosa de Copan, intitulado: "Algunas consideraciones sobre seis tiroidectomias."

- A.—Anatomía de la glándula tiroides.
- B.—Fisiología de la glándula tiroides.
- C.—Clasificación clínica.
- D.—Medicación pre-operatoria.
- E.—Anestesia.
- F.—Accidentes durante la operación.
- G.—Tratamiento de las complicaciones post-operatorias.
- H.—Exámenes de laboratorio.
- I.—Observaciones.
- J.—Conclusiones.
- K.—Bibliografía.

A,—Anatomía de la glándula tiroides.

La glándula tiroides, normalmente cobijada por los músculos infrahiodeos y esternomastoideos, está situada en el tercio inferior del cuello, rodeando parcialmente la parte superior de la tráquea y la parte inferior de la laringe. Consiste de dos lóbulos laterales de forma piramidal o cónica, unidos entre sí, por delante de la tráquea, por un puente angosto y delgado, llamado istmo. Su volumen (6-7 cm. de ancho por 3 cm. de alto y 15-20 mm. de grueso) varía mucho según los individuos, la edad, sexo, etc. Su color es gris rosado, su peso de 20 a 60 gms. Su cara póstero-interna es cóncava y descansa sobre la parte más inferior del cartílago tiroides, el cartílago cricoides y los 5-6 anillos superiores de la tráquea. Su borde posterior es redondeado y descansa sobre la faringe, esófago y la lámina prevertebral de la aponeurosis cervical profunda. Cuando está agrandado puede sobrepasar la hoja carotídea.

En un 50 9r de los casos, la tiroides deja escapar hacia arriba una prolongación piramidal, la pirámide de Lalouette, la cual asciende costeano uno de los lados de la tráquea, principalmente

el izquierdo y terminando en el bordé superior del cartilago tiroides. Ocasionalmente esta pirámide es independiente de la tiroides, siendo ésto de mucha importancia desde el punto de vista quirúrgico, porque si es verdad que esta zona queda bien expuesta en toda operación de bocio, debe ser buscado este proceso piramidal, pues dejado puede hipertrofiarse, produciendo una deformidad del cuello, quedando el cirujano en mal predicado y el paciente con complejo de inferioridad.

La glándula" tiroides está rodeada por completo por una cápsula conjuntiva, derivada de la aponeurosis cervical profunda, llamada cápsula quirúrgica, la cual se adhiere a la tráquea y al cartilago cricoides. Esta estructura membranosa es de gran importancia porque las glándulas paratiroides están situadas posteriormente en su cara interna. La tiroides está contenida en su propia cápsula, la cual se adhiere íntimamente a la glándula, siendo difícil (A separarla, cápsula que es lisa y brillante, parecida al peritoneo, a través de la cual se ven las grandes venas que corren, por la glándula, llamada cápsula propia o glandular.

De los tres espacios de clivaje que se consideran en operaciones de la tiroides, uno merece especial mención, es el espacio quirúrgico, el espacio desplegable, limitado exteriormente por la cápsula quirúrgica e interiormente por la cápsula glandular, espacio formado por tejido areolar laxo, conteniendo numerosas arterias y venas. Rodea la glándula en toda su extensión, yendo de un lado de la tráquea y esófago al otro lado. Es solamente en la cara póstero-interna de la glándula que este espacio llega a ponerse en íntimo contacto con ella. Los otros dos espacios que deben conocerse son: el espacio esternomastoideo, situado entre el esternocleidomastoideo y los músculos pretiroideos, y el espacio músculo-capsular, formado por los músculos pretiroideos y la cápsula quirúrgica.

Irrigación sanguínea. La tiroides tiene una muy gene: osación sanguínea, derivada de las arterias, tiroideas superior e inferior de cada lado, y aumentada constantemente por colaterales del esófago y tráquea, y ocasionalmente de la tiroidea ima, vaso procedente directamente del arco de la aorta. La arteria tiroidea superior, la rama primera de la carótida externa, entra a la glándula por el polo superior y se ramifica por las caras externa y anterior, enviando ramas al interior de la glándula. La tiroidea inferior viene de la subclavia, asciende por el cuello, pasa por detrás de la hoja carotídea, enfrente o por detrás del nervio laríngeo inferior .o recurrente, para entrar en la tiroides por su borde posterior, en la unión del tercio medio con el tercio inferior. En cuanto entra a la glándula se divide en ramas medias y laterales, para ir a anastomosarse con ramas de la tiroidea superior y con vasos procedentes del esófago y tráquea. Comúnmente hay libre circulación sanguínea entre les dos lóbulos por medio de ramas que atraviesan el istmo. Quirúrgicamente, la circulación colateral es de gran importancia. En la tiroidectomía parcial se ligan las cuatro princi-

pales arterias sin peligro alguno para la irrigación de la glándula restante, nutrida por la circulación colateral. Tenemos también tres troncos venosos: las venas tiroideas superior, media e inferior. Desde que estas venas desembocan directamente en troncos venosos más gruesos de la raíz del cuello, o en el mediastino superior, una vena no ligada seguramente en el curso de una operación de bocio puede resultar en la aspiración de aire en gran cantidad, provocando émbolos, muchas veces con resultados fatales.

Linfáticos. Al salir de la glándula van a los ganglios de la región cervical profunda, y sobre todo a los que están enfrente y lados de la tráquea.

El recurrente juega un papel importante en las tiroidectomías. Camina de abajo hacia arriba, descansando en el surco tráqueo-esofágico, pasa luego bajo el borde inferior del constrictor de la faringe y entra en la laringe por detrás de las articulaciones de los cuernos inferiores del cartilago tiroides con el cricoides. Generalmente cruza por detrás la arteria tiroidea inferior.

B.—Fisiología

La función de la tiroides es, según los actuales conocimientos, elaborar tiroxina o una substancia conteniéndola y conducirla al torrente circulatorio. La tiroxina fue aislada por "Kendall" en 1914 y sintetizada por "Harrington" en 1927.

La administración de tiroxina, o de substancias de glándula tiroides, aumenta las combustiones internas. El pulso y la presión arterial están aumentadas. La temperatura externa del cuerpo y la perspiración están aumentadas. Hay pérdida de peso, a menos que la ingesta de alimentos esté aumentada lo suficiente para balancear el efecto del aumento del metabolismo basal. Hay tremor. El colesterol sanguíneo disminuye en cantidad. Si la administración de un preparado tiroideo es prolongada y en suficiente dosis, puede desarrollarse fibrilación auricular.

El efecto que la tiroxina tiene sobre el miocardio, no es producido a través del sistema nervioso, hecho corroborado en experimentos.

Hormona tirotrópica. Ha sido aislada del lóbulo anterior de la hipófisis, una substancia que inyectada p a renteramente en animales, causa hipertrofia e hiperplasia de la glándula tiroides. En el hombre esta substancia aumenta el metabolismo basal, el cual, sin embargo, no es mantenido más de pocas semanas. La misma substancia inyectada a animales, produce exoftalmos, siendo mayor la protrusión de ojos, si la glándula tiroides ha sido extirpada antes de la inyección. "Paulson" ha demostrado que este grado de protrusión de ojos es en parte, a lo menos, debido a un aumento en Los fluidos intraorbitarios.

La glándula tiroidea no es absolutamente necesaria para la vida. La ausencia congénita o una hipoplasia muy marcada, no es incompatible con la supervivencia, y de la misma manera, des-

pues de una exéresis completa o de una destrucción patológica del tiroides, la vida continúa.

La función *del* cuerpo tiroides consiste principalmente en la producción de varias substancias activas, u hormonas, que pueden ser demostradas en la propia glándula o en la sangre circulante. Estas hormonas están contenidas en la materia coloide dentro de los acini glandulares y probablemente también se hallan en las células glandulares en actividad. Pasan al torrente sanguíneo por reabsorción de la materia coloide. Además de la tiroxina, notable por su contenido en yodo, a veces 60%, produce otras substancias que también contienen yodo (tireoglobulina, iodotirina y di-iodotirosina) . Según las investigaciones recientes, la di-iodotirosina es la anta-gonista biológica de la tiroxina, ya que los efectos de ésta pueden ser anulados por la administración simultánea de aquélla. El metabolismo basal es bajo en la insuficiencia tiroidea, y bajo es también el metabolismo de los prótidos.

La función del tiroides puede ser substituida por la implantación de tejidos tiroideos c por la medicación. La hormona tiroidea no es destruida por los jugos digestivos y puede ser aplicada oral o parenteralmente.

La glándula tiroides actúa también como reguladora **del** metabolismo yódico, respondiendo a las aportaciones excesivas, con el almacenamiento de los coloides que contienen yodo. Esto se traduce por un abultamiento de la tiroides., que cede con la oportuna administración de pequeñas cantidades de yodo.

C.—Clasificación clínica:

Muchas clasificaciones de bocio han sido formuladas, basadas en cuadros **etiológicos**, funcionales, estructurales y clínicos, o en una combinación de dos o más de éstas.

Yo traigo a estas páginas la clasificación clínico-patológica encontrada satisfactoria en la Clínica de los "**Mayo**":

- 1.—Bocio coloideo difuso
- 2.—Bocio adenomatoso sin hipertiroidismo
- 3.—Bocio adenomatoso con hipertiroidismo
- 4.—Bocio exoftálmico
- 5.—Tiroiditis
 - a) Aguda
 - b) Crónica
 - c) Tuberculosa
 - d) Sifilítica
 - e) **Actinomicósica**
- 6.—Mixedema
- 7.—Cretinismo
- 8.—Enfermedades malignas
- 9.—Anormalidades congénitas.

D.—Medicación pre-operatoria:

Emil Goetsch, en la revista "American Journal of Surgery" de 1934, discute el correcto o incorrecto uso del yodo, particularmente en el tratamiento pre-operatorio, y resume sus observaciones así:

"El yodo tiene una importante relación con la función normal de la glándula tiroides, en la cual está siempre presente y es almacenado como constituyente normal.

"El bocio simple coloideo, el tipo inactivo de bocio parenquimatoso, comúnmente se desarrolla, cuando hay una deficiente dieta, o una deficiencia del metabolismo del yodo en el cuerpo. El bocio simple coloideo o el bocio endémico puede ser prevenido por la administración profiláctica de pequeñas cantidades de yodo. Pequeñas cantidades de yodo con pequeñas cantidades de extracto tiroideo es aconsejado para el tratamiento del bocio simple coloideo. Este es el único tipo en el cual la administración terapéutica de yodo está indicada. La prolongada administración de yodo en el bocio coloideo, puede, ocasionalmente estimular la glándula con la consiguiente producción de hipertiroidismo. Un correcto diagnóstico del tipo de bocio es de grandísima importancia para instituir la correcta terapéutica."

Un bocio no tóxico puede ser activado y los síntomas de un bocio coloideo, puede, ocasionalmente, estimular la glándula con la ministración de yodo.

La prescripción de yodo durante la preñez, está indicada sólo en caso de actual inactividad de la tiroides. La hiperactividad fisiológica de la tiroides durante la preñez puede ser estimulada y llegar a convertirse en un hipertiroidismo.

La terapéutica yodada no detiene el desarrollo del adenoma puro, no teniendo sitio en el tratamiento médico de esta condición.

La preparación intensa pre-operatoria de la mayoría de pacientes con adenoma tóxico, no produce la mejora que se ve en el bocio exoftálmico. El bocio adenomatoso agudamente tóxico, particularmente cuando el metabolismo basal es alto, es a menudo favorablemente influenciado con el uso del yodo, mientras que aquellos casos de adenoma con menor grado de hipertiroidismo puede verse relativamente poca mejora. Cierta regular número de casos de este grupo se ha visto que más bien empeoran.

La hiperplasia tiroidea tiene una extraordinaria afinidad por el yodo, el cual hace regresar la hiperplasia al estado coloideo o estado de reposo. Cuando el yodo es administrado intensamente a pacientes con bocio exoftálmico, sin haber tenido tratamiento alguno antes, una remisión clínica muy marcada de la enfermedad es observada. Durante este estado la tiroidectomía parcial ofrece muchas ventajas. La mortalidad por operaciones durante este estado de remisión es casi nula y las operaciones por sesiones son raramente necesarias. Si la tiroidectomía no es hecha en este fa-

vorable tiempo de remisión, el paciente a menudo regresa y cae en una incontrolable exacerbación en el curso de uno, dos, o tres meses.

La hiperplasia tiroidea durante la fase de reactivación por administración de yodo llega a ser refractaria a un segundo nuevo tratamiento con yodo. El tratamiento pre-operativo yodado no protege de ningún modo al paciente con bocio tóxico o con bocio exoftálmico previamente tratado con yodo, corno lo haría si el paciente no hubiera sido tratado previamente.

El cirujano se expone y, por ende, el paciente, al practicar una tiroidectomía en individuos sufriendo de una aguda exacerbación por haber sido antes tratados con yodo, sea que se le haya tratado o no preoperatoriamente con yodo. Es en estos casos en que las tiroidectomías por sesiones están indicadas, eliminando los peligros que puedan sobrevenir en las lobectomías bilaterales.

El yodo tiene un pequeño efecto para controlar el hipertiroidismo postoperatorio. No hay evidencia de que la administración de yodo post-operatoriamente reduzca las incidencias del hipertiroidismo recurrente. Las crisis espontáneas de hipertiroidismo que ocurren ocasionalmente en el curso de bocio exoftálmico, pueden ser controladas con grandes dosis de yodo, oral o intravena. Cuando la crisis ocurre por una administración incorrecta de yodo, la administración consecutiva de yodo aun en grandes cantidades, es inútil y la muerte viene en seguida.

Ultimamente se están tratando los bocios con el tiouracilo y el propiltiuracilo y con yodo radioactivo. Estos preparados según la literatura, que ya es grande, están dando resultados prometedores.

E.—Anestesia:

Como pre-anestesia se administra media a una hora antes de comenzar la anestesia 0.01. gm. de morfina y una ampolla sulfato de atropina. Actualmente se usa para las tiroidectomías, ora la anestesia local, ora la anestesia intratraqueal con gases y éter, o el pentotal sódico y oxígeno. El Dr. Mckooock, cirujano del Indian Hospital, usa rutinariamente la anestesia local, porque tiene la ventaja de poder controlar la voz del paciente durante se trabaja en las cercanías del recurrente, el cual una vez pinzado se establece inmediatamente la disfonía característica. El sigue la técnica siguiente: infiltración de la piel en donde se hará la incisión en collar o en "U". Infiltración del tejido celular que rodea al bocio, siguiendo generalmente el borde anterior del esternomastoideo para anestesar los troncos nervioso cutáneos que a este nivel salen, y luego profundamente, siempre circunscribiendo al tumor. Se debe tener la precaución de aspirar antes de inyectar la solución, para no hacerlo en un vaso. Hay que considerar muchos factores para lograr ejecutar con éxito la anestesia local, cuáles son: a) selección del paciente; b) conocimiento exacto de la anatomía de

la región; c) la personalidad del cirujano y su habilidad para aquietar el paciente, más cuando se trate de un intoxicado tiroideo. La droga que más se usa. es la novocaína al medio'/'- mezclada con adrenalina. Con la anestesia local bilateral, se ha notado que a veces se anestesia: el neumogástrico, Simpático y frénico, con lo cual se han tenido fatales desenlaces.

F.—Accidentes durante la Operación:

a) Enfisema. Para evitar este accidente es necesario que el vaso sea cogido entre dos pinzas, ligado y luego seccionado.

b) Hemorragia. Puede apurar al cirujano una hemorragia que provenga de los principales pedículos vasculares. En caso *no* se pueda pinzar el vaso sangrante, el cirujano no debe perder la cabeza y empacará con compresas de gasa durante 5 a 10 minutos,, al cabo de los cuales se podrá pinzar y ligar el' vaso. Para evitar estos contratiempos, es bueno ligar dos veces cada pedículo.

c) Extirpación de las paratiroides. Se respetará la cara póstero-interna de los lóbulos laterales.

d) Herida del nervio recurrente. Respararse la región póstero-interna de los lóbulos laterales, teniendo mucho cuidado al seccionar la arteria tiroidea inferior. Muchos lo disecan pero según el sentir de la mayoría es contra preducente, porque el nervio es muy sensible al trauma.

e) Colapso de la tráquea. Si la asfixia no es restablecida pronto, se practicará la traqueotemía.

G.—Tratamiento de las complicaciones post-operatorias:

Las principales complicaciones después de las tiroidectomías son tres: 1) Hemorragia. 2) Sección del nervio laríngeo inferior o recurrente. 3) Insuficiencia paratiroidea.

1) Hemorragia post-operatoria. A menos que se tome mucho cuidado en hacer la mejor hemostasia posible durante la tiroidectomía, seria hemorragia puede ocurrir después de la resección de la glándula tiroidea. Dos causas principalmente, pueden contribuir a que haya hemorragia, (1) la extrema vascularidad de la glándula, y (2) el hecho de que el resto de glándula dejada no puede inmovilizarse por sus inserciones con la tráquea. La gravedad de una hemorragia es debida, no a la pérdida de sangre, sino a la sofocación y estorbo de la acción cardíaca por la compresión de las estructuras del cuello y mediastino superior.

La hemorragia ocurre, en general, dentro de las 12 horas, a lo más 24 horas después de la operación y es manifestada por hinchazón, del cuello, causando al paciente una sensación de apretamiento del vendaje, dificultad respiratoria, cambio de la voz y cianosis. Casi siempre el diagnóstico se hace al soto remover el vendaje y la cura, pero en los individuos que tienen bien desarrollados los músculos cervicales, no se notará la hinchazón. Sin embargo, el

diagnóstico podrá ser sospechado al notar que la dureza del cuello aumenta. Cuando el diagnóstico es sospechoso, deberá conducirse inmediatamente al paciente a la sala de operaciones; la herida operatoria abierta, el coágulo evacuado y los vasos sangrantes ligados. La anestesia no deberá darse sino después de haber removido los coágulos.

2) Herida del recurrente. Este accidente, generalmente conduce a la inmovilidad de la cuerda vocal del mismo lado en la línea media. En otras ocasiones esta complicación da origen a intenso edema de la glotis y a dificultad de respirar. Cuando ambos recurrentes son lesionados, las cuerdas vocales se inmovilizan en la línea media, aparece la asfixia, requiriendo la traqueotomía.

En casos raros, puede desarrollarse gradualmente parálisis de las cuerdas vocales dentro de 24 a 48 horas después de la tiroidectomía, sin haber lesión alguna de los nervios laríngeos inferiores. Esta es una paresia temporal, la cual persiste de 2 a 5 días, y probablemente es debida a edema e hinchazón de los nervios.

Para aliviar la disnea, resultado de la parálisis de ambas cuerdas vocales, "King" ha descrito la operación que consiste en ampliar el espacio que hay entre las cuerdas vocales, mediante la dislocación y fijación lateral de uno de los cartílagos aritenoides. Esta operación ha dado buenos resultados, aliviando la disnea.

3) Insuficiencia paratiroidea. Esta es, afortunadamente, una complicación rara, la cual no se la reconoce si no se la busca con cuidado. Adormecimiento de la cara y manos es el síntoma más precoz. Dificultad de enfocar los ojos, estridor respiratorio o debilidad general pueden ser los síntomas precedentes, siendo el último más frecuente cuando hay una cuerda vocal paralizada. Es pasmo carpopedal o convulsiones generalizadas ocurren cuando tal insuficiencia tiene ya varios días de establecida. Los signos de Chvostek y Trousseau son casi patognomónicos. La concentración del calcio sanguíneo está disminuida y la de fosfatos inorgánicos aumentada. Se controlará rápidamente esta Condición, administrando oralmente lactato de calcio en la dosis de 4 gm. disuelto en agua caliente, o intravenosamente solución de gluconato de calcio. En la mayor parte de casos esta insuficiencia es temporal. Pero, cuando se prolonga o se hace permanente, el uso de dihydrotachysterol y calcio controlará aun la más severa insuficiencia para tiroidea.

El dihydrotachysterol se da a la dosis de 2 a 5 ce. por vía oral y cada semana. Cuando se añade al tratamiento lactato de calcio y gluconato, se reduce la cantidad del dihydrotachysterol. Determinaciones de la concentración del calcio sanguíneo se harán frecuentemente, pues pueden ocurrir efectos tóxicos y hipercalcemia durante el tratamiento con el dihydrotachysterol. Cataratas y calcificaciones cerebrales pueden ocurrir en insuficiencias de larga duración, las cuales no han sido tratadas. Hormona paratiroidea puede usarse en el tratamiento de esta complicación.

H.—Exámenes de Laboratorio:

Fuera de los exámenes de sangre, la mayor parte de nuestros centros hospitalarios carecen de aparatos para tomar el metabolismo basal, dato de importancia primordial en el diagnóstico y tratamiento de los bocios. Para la clasificación clínica de mis tiroidectomizados apliqué el método simplificado de "Read" para determinar el M. B. Este método consiste en medir la presión arterial máxima y mínima, así como el número de pulsaciones, aplicando la fórmula siguiente:

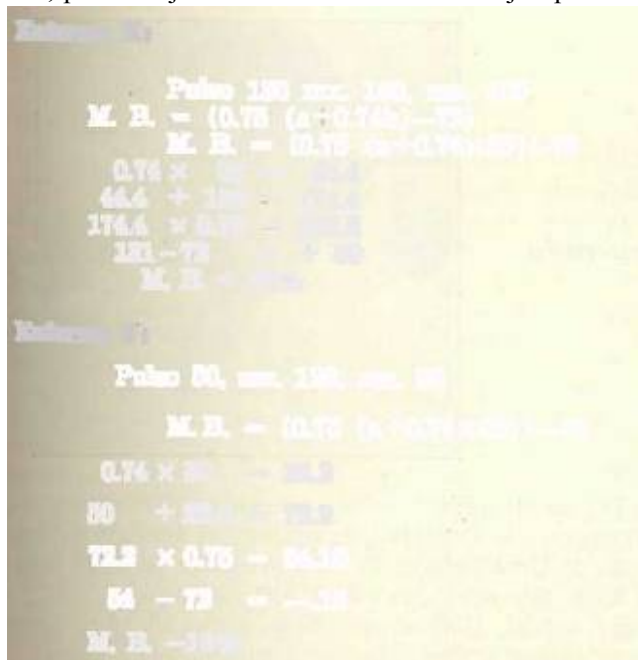
$$M. B. = (0.75 (a+0.74b)-72)$$

en la cual el M. B. — en $\%$, diferencia con el valor normal.

a=número de pulsaciones por minuto.

b=diferencia entre presión máxima y mínima en mm. de Hg-

Para resolver la fórmula, se empieza multiplicando 0.74 X la presión diferencial; al producto se adiciona el número de pulsaciones por minuto y la suma se multiplica por 0.75. Del resultado de resolver todo este término, se restan 72; si se obtiene un número positivo los valores son por encima del M. B. normal; si es negativo, por debajo de las cifras normales. Ejemplos:



Enfermo X:

Pulso 130 mx. 160, mn. 100 M. B. -
 $(0.75 (a+0.74b)-72)$

$$M. B. = [0.75 (a+0.74 \times 60)] - 72$$

$$0.74 \times 60 = 44.4$$

$$44.4 + 130 = 174.4$$

$$174.4 \times 0.75 = 130.8$$

$$130.8 - 72 = +58.8$$

$$M. B. = +59\%$$

Enfermo 1':

Pulso 50, mx. 120, mn. 90

$$M. B. = [0.75 (a+0.74 \times 30)] - 72$$

$$0.74 \times 30 = 22.2$$

$$50 + 22.2 = 72.2$$

$$72.2 \times 0.75 = 54.15$$

$$54 - 72 = -18$$

M, B. -18%

I.—Observaciones Clínicas:

Nº 1. Fig. Nº1.

*Antes de operada**Después de operada*

F. M. de D., de 50 años, casada, de oficios domésticos, de Sensenti, Departamento de Ocotepeque, ingresa al servicio de Caridad del Hospital de Occidente el 22 de noviembre de 1945 para ser tratada por bocio adenomatoso con hipertiroidismo.

Enfermedad actual. Refiere que hace cerno 28 años viene padeciendo de nerviosidad, irritabilidad, sudoración, que la hace tener la piel húmeda, mucho calor interno que la desespera, pérdida de peso y palpitaciones; la tumoración que ha alcanzado dimensiones

enormes le dificultan dormir y respirar. A la exploración se ve un bocio de grandes dimensiones, lobulado llegando hasta la horquilla esternal. Es un tanto blando, movable y con un nódulo duro en la parte media e inferior del tumor. La paciente está enflaquecida, nerviosa, con 98 pulsaciones por minuto, presión arterial 114/80. Aplicando la fórmula de Read, se encuentra un metabolismo basal aumentado. Se diagnostica "Bocio Adenomatoso con hipertiroidismo," indicándole operación.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Sin importancia.

Estado actual:

Cabeza y cara. Normal.

Cuello. Nótase el bocio antes descrito.

Tórax. Negativo.

Abdomen. Aplanado. Hígado y Bazo normales.

Riñones. Normales.

Temperatura. 37⁹

Examen Laboratorial:

G. R. 3'700.000

G. B. 6.500

Hemat. Negativo.

T. Coag. 8¹

Orina. Negativo

Heces. Positivo ascárides.

M. B. más 19.

Tratamiento pre-operatorio. Lugo!. Reconstituyentes. Operación. Anestesia Etérea. La posición del paciente inclinado, con la cabeza más alta que Los pies. Coloquese una almohadilla en la espalda y extiéndase la cabeza a manera de exponer bien la región del cuello a operar. Colócase arco metálico para separar cuello y cara. Incisión en collar, un poco cóncava hacia arriba, abarcando los dos lóbulos y llegando como a tres centímetros del manubrio del esternón. Se disecciona el colgajo superior hasta el nivel de los extremos de la incisión, el inferior ligeramente, con lo cual se logra reunir la piel sin ninguna tensión. Se van ligando los vasos que sangran a medida que se disecan los colgajos. Se incinde la aponeurosis cervica y luego los músculos pret roideos longitudinalmente, en toda la altura de la superficie cruenta. Se separan estos músculos. Luego se incinde la cápsula quirúrgica, cayendo en el plano de clivaje, se trata de enuclear la glándula para ligar los pedículos vasculares. Lígase el pedículo superior, las venas tiroideas medias, el pedículo inferior. Una vez ligados estos pedículos tírase el enorme lóbulo hacia adentro y arriba, y partiendo inmediatamente detrás del polo inferior se coloca una pinza agarrando un bocado de glándula, (cápsula propia y tejido glandular), se da

un tijeretazo por encima de la pinza, luego se coloca otra pinza y se secciona y así sucesivamente, siguiendo un plano transversal hasta llegar a la región lateral de la tráquea, con el objeto de evitar la extirpación de las paratiroides y lesionar el recurrente. Una vez seccionada la glándula se principia a suturar la superficie cruenta erizada de pinzas para la hemostasia. Idéntico procedimiento en el lóbulo derecho. El istmo se extirpa completamente, respetando la aponeurosis pretraqueal. Flexiónase un poco la cabeza para ver si hay hemorragia. Sutura de la cápsula quirúrgica y músculos. Sutura del platisma y piel. Drenaje único lateralmente, para evitar adherencias a la tráquea.

El post-operatorio pudo seguirse hasta el tercer día, porque pidió su alta por gravedad de su familia, motivo por el cual no pudo tomársele fotografía del cuello.

Nº 2. Fig. .N* 2.



Antes de operada

Después de operada



M. R., de 50 años, de Santa Rosa de Copan, mendiga, se interna en el Hospital de Occidente en enero 14 de 1946, para ser operada por bocio adenomatoso con hipertiroidismo.

Enfermedad actual. Refiere que hace 10 años viene molestandola una nerviosidad y falta de memoria, inapetencia, debilidad, insomnio y palpitaciones. Por las noches suda mucho y una tos crónica se le exacerba. No ha tenido calenturas. Hace días que ella quiere que la operen del "Güegüecho," según sus propias palabras, pero no han querido.

Tiene 98 pulsaciones por minuto. Presión arterial 113/60. Tiene un bocio más duro que blando, sin apreciables tabulaciones. muy movable y sin engrosamiento exagerado de las venas.

Se hace el diagnóstico de Bocio adenomatoso con hipertiroidismo.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.
Antecedentes personales. Nada digno de mención.
Estado actual. Cabeza y cara. Normal. Cuello.
Presenta un bocio. Tórax. Negativo. Abdomen.
Negativo. Riñones. Negativo. Temperatura. 37°.

Examen laboratorial:

G. R. 2.900.000
G, B. 8.000
Hemat. Negativo.
Kahn. Más uno,
T. Coag. 6'.
Orina. Trazas de albúmina.
Heces. Ascárides.

M. B.X 30.

Tratamiento pre-operatorio. Lugol. Reconstituyentes.
Operación. Se siguió la técnica descrita en la anterior observación.

.Nº 3. Fig. Nº 3.



Antes de operada



Después de operada

D. L. de 24 años, de oficios domésticos vecina de San Juan de Opoa, ingresó al Hospital de Occidente el 20 de enero de 1946, para ser operada por bocio coloideo difuso.

Enfermedad actual. Refiere que hace como 10 años le empezó una tumoración en la garganta, sin ocasionarle ninguna molestia, excepto durante las reglas en que siente mucho calor y palpitación sobre el tumor, el cual le ha ido creciendo. Se ha aplicado muchas pomadas sin lograr curarse.

Nótase un bocio de regular tamaño, simétricamente agrandado, blando, sin lobulaciones e indoloro. Sigue los movimientos de la tráquea durante la deglución. Tiene 68 pulsaciones por minuto. Presión arterial 100/68.

Se hace el diagnóstico de bocio coloideo difuso.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Sin importancia

Estado actual. Cabeza y cara. Normal.

Cuello. Tiroides agrandada.

Tórax. Negativo.

Abdomen. Negativo.

Riñones. Normales-

Temperatura. 36. 8?

Examen Laboratorial:

G. R. 4.050.000 G. B.

7.200

Hemat. Negativo. T.

Coag T. R. Kahn.

Negativo. Orina.

Negativa. Heces.

Tricocéfalos

M. B. — 3

Tratamiento pre-operatorio. Lugol. Tabletas de tiroides. Nótase una ligera disminución de tamaño del bocio, al cabo de una semana de tratamiento. Continúase el mismo tratamiento por un mes más sin haber ninguna disminución del tamaño del bocio. Se dispone operarla el 2 de marzo de 1946.

Operación. Sigúese la técnica descrita.

Post-operatorio feliz.

N? 4. Fig. N? 4.



Antes de operada



Después de operada

3. F. P., de 46 años, soltera, de oficios domésticos, vecina de Corquín, Departamento de Copan, ingresa al Pensionado del Hospital de Occidente el 4 de marzo de 1946 para se operada por bocio adenomatoso sin hipertiroidismo.

Enfermedad actual. Refiere que el tumor del cuello lo tiene desde, hace, poco más o menos, 16 años, el cual va creciendo y que como ha sabido que en el Hospital de Occidente operan los bocios, ha decidido visitarlo. A la exploración nótase un bocio asimétrico, de regular tamaño, un poco movable con pocas lobulado-

nes, semi-blando, sin venas distendidas. Tiene un pulso de 68 por minuto y presión arterial de 100/85. Se hace un diagnóstico de bocio adenomatoso sin hipertiroidismo.

Antecedentes hereditarios. Negativos.
Antecedentes personales. Sin importancia.
Estado actual. Cabeza y cara. Normal.
Cuello. Presencia del bocio. Tórax. Negativo.
Abdomen. Negativo. Ríñones. Normales.
Temperatura. 36.9°.

Examen Laboratorial:

G. R. 4.000.000 G.
B. 7.100
Hemt. Negativo.
Kahn. Negativo. T.
Coag. 8'. Úrina.
Negativa, Heces.
Ascárides. M. B.
— 8.
Tratamiento pre-operatorio. Lugol.
Operación. Técnica descrita. Post-
operatorio fue normal.

V5. Fig. N° 5.



Antes de operada



Después de operada

E. P., de 45 años, profesora, soltera, de Santa Rosa de Copan, ingresa, al Pensionado del Hospital de Occidente el día 12 de abril de 1946, para ser operada por "bocio adenomatoso con Hipertiroidismo."

Enfermedad actual. Dice que su bocio la molesta desde hace ocho meses, molestias que le empezaron mientras servía una escuela en el pueblo de Santa Cruz. Le provoca olas de calor, mucha nerviosidad, sofocación, palpitaciones y que se enronquece al hablar mucho, lo que le imposibilita para dar sus clases. Nota que cada día se pone peor, habiéndose tratado su bocio con pomadas y yodo puro sin obtener mejoría. A la exploración se ve un pequeño aumento de volumen del lóbulo derecho de 3a tiroides, lóbulo que aparece alargado, paralelo a la tráquea. A la palpación se nota que el lóbulo izquierdo está ligeramente aumentado de volumen. El lóbulo derecho es más duro que blando. Hay taquicardia, 100 por minuto. Presión arterial 113/90. Se diagnostica "bocio adenomatoso con hipertiroidismo," indicándole operación.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales, sin importancia.

Estado actual. Cabeza y cara. Facies nerviosa.

Cuello. Presencia del bocio. Tórax. Eretismo cardíaco. Abdomen. Normal. Riñones.

Normales. Temperatura. 37. 2^p.

Examen Laboratorial:

G. R. 3.440.000

G. B. 5.600

Kahn. Negativo.

Hemat. Negativo.

T. Coag. 6'.

Orina. Negativa.

Heces. Ascárides.

M. B= + 16.

Tratamiento pre-operatorio. Lugol.

Operación. Hecha según técnica descrita, para el lóbulo derecho.

Port-operatorio. Sin ninguna complicación. Se le dio el alta al 5^o día.

■ N? 6. Fig. N? 6.

P. G., de 36 años, soltera, de oficios domésticos, de Dulce Nombre, ingresa al servicio de caridad del Hospital de Occidente el 28 de octubre de 1946, para ser operada por "bocio adenomatoso. sin hipertiroidismo.

Enfermedad actual. Refiere que hace como 20 años le empezó la tumoración de que se trata, la cual ha permanecido estacionada, notando que hará unos dos años le va creciendo, la cual le molesta para dormir. A la exploración vése un bocio de regular tamaño, sin, lobulaciones, desarrollado simétricamente, blandujo y sin venas distendidas. Sigue 3.os movimientos de la tráquea durante la deglución. Pulso de 60; presión arterial 110/80.

' Se diagnostica "Bocio adenomatoso sin hipertiroidismo".

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Nada de mención.

Estado Actual. Cabeza y cara. Normales.

Cuello. Un bocio.

Tórax. Negativo. •

Abdomen. Normal

Riñones. Normales.

Temperatura. 37.1°

Examen laboratorial.

GR. 3.950.000 GB.

7.200 Hemat. 0. Kahn.

0. T. Coag. 8'. Orina.

Negativa.

Heces. Uncinaria.

M. B. -11.

Tratamiento pre-operatorio. Lugol, ninguna mejoría.

Operación. Según técnica descrita.

Post-operatorio, normal, según tuve noticia después, ya que la paciente la operé el día que dejé Santa Rosa con motivo de mi viaje a los Estados Unidos.

K.— Conclusiones.

1° Necesidad de un conocimiento anatómico y fisiológico exacto de la tiroides.

2.—Llevar a cabo un tratamiento pre-operatorio cuidadoso.

3.—' Urgencia de dotar nuestros centros médicos de un aparato para tomar el metabolismo basal.

4.—Extirpar siempre que no haya malignidad un 90% de tumor.

5.—Dreno delgado y colocado lateralmente para evitar adherencias a la tráquea.

6.—Tratar de hacer un diagnóstico exacto del tipo de bocio para hacer una buena terapéutica médica y quirúrgica.

K.---Bibliografía.

1.—John de J. Pemberton. Text-book of Surgery by Christopher.

2.—Samuel F. Haines.— Text-book of Surgery by Christopher.

3.— Testut-Latarget.— Anatomía Humana.

4.— Thorek.— **Madera** Surgical Technic.

5.— Eduard H. Ryneanson. The Journal of the Michigan State Medical society. Marzo del 47. The Journal of the American Medical Association.

6.— Max Goldziehar.— Endocrinología Práctica.

FÍSTULAS VESICOVAGINALES

Escribe*

Dr. Juan MONTO Y A ALVAREZ

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General

Nada nuevo he querido aportar al ocuparme de este difícil tema de Ginecología, simplemente quiero exponer mis experiencias en los pocos casos en que he tenido la suerte de accionar, ya en casos personales o en colaboración en casos de otros Ginecólogos.

Para facilitar el desarrollo de este trabajo, lo he dividido en los siguientes subtítulos:

BREVE RESEÑA HISTÓRICA
ETIOLOGÍA
SINTOMATOLOGIA
DIAGNOSTICO
HISTORIAS CLÍNICAS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Fue Ambrosio Paré quien por primera vez en el siglo XVI, se ocupó de este molesto estado morbosos y propuso un método de tratamiento. Antes del descubrimiento del Fórceps Obstétrico debe de haberse presentado este accidente con mucha frecuencia, ya que entonces los únicos medios a que podía echar mano el cartero para tratar los partos distócicos, eran unos cuantos instrumentos defectuosos para efectuar la craneotomía. Son tan conspi-

cuos y enfadosos los síntomas de las fistulas vesicovaginales que es imposible se pasen inadvertidos, y, sin embargo de ello, pocas son las enfermedades a que está expuesta la mujer, a que hayan dedicado tan poca atención los médicos de la antigüedad. Hasta la celulitis pélvica y otras enfermedades que sólo en tiempos recientes atrajeron la atención de los Ginecólogos modernos, fueron descritas con claridad por los médicos de la escuela Griega; en cambio este estado morbozo tan molesto, que causa tanta **infelicidad** y hace desdichada la vida conyugal y que tan urgentemente demanda alivio, apenas fue mencionado.

La obra de Aetius acerca de las enfermedades de la mujer y que contiene citas de Sorano, Aspasia, Galeno, Filomeno, Arquigenes, Leonidas, Rufo, Filagrio, Asclepiades y de todos aquellos escritores de nota, cuyas escrituras fueron guardadas en la biblioteca de Alejandria, que fue la sede de sus labores, en ninguno de ellos se hace mención de esta enfermedad. Cerno se ve, los escritores de las escuelas griega, romana y árabe, no tuvieron parte ni cooperación alguna en el tratamiento de la fistula véscicovaginal.

No es sino que hasta el año 1570, que Ambrosio Paré, propuso el cierre de la fistula véscicovaginal con ayuda del retináculo. En 1660, Roonhuysen, de Amsterdam, se valió del espéculo para reavivar los bordes de la fistula y unirlos con una aguja. En 1720, Vaelter, de Wurtember, aconsejó se emplease una aguja, una portaguja, hilo de seda o de cáñamo y una sonda. En 1792, Fatio, de Basilea, hizo la sutura con un torzal, colocando a la paciente en la posición de litotomía. En 1812, Naegele, de Wurtember, reavivó con tijeras los bordes, los puso en coaptación con agujas y empleó la sutura de puntos separados. En 1817, Schreger, de Alemania, colocó a la paciente en decúbito ventral, reavivó los bordes e hizo la sutura con puntos separados. En 1825, Lallemand, de Francia, aplicó nitrato de plata a los bordes de la fistula y los unió con una "sonda erina" que pasó por entre la vejiga y logró curar cuatro pacientes de quince. En 1834, Gosset, de Londres, empleó la posición genuolecraneana, el espéculo elevador del perineo, la sutura con hile metálico y la sonda ele permanencia en la vejiga. En 1836, Beaumont utilizó la "sutura emplumada," o con pinzas. Jobert de Lamballe (1837) recurrió a la autoplastia, trasplantando porciones de tejido de los labios vulvares, de las nalgas o de los muslos. Hatward (1840), de Boston, dio cuenta de tres pacientes curadas por medio del reavivamiento de los bordes y de la sutura con seda. Este cirujano mejoró notablemente la técnica y cooperó al buen éxito de la operación, al reavivar no tan sólo los bordes de la fistula, sino también las superficies vaginales contiguas. Pero es a Marión Sims, de los Estados Unidos de Norteamérica, a quien se debe el mérito de haber combinado los tres medios que son indispensables para alcanzar el buen éxito operatorio, tales son: el espéculo, "a sutura y la sonda.

Los principios a que Sims tiene derecho son:

1º El método por cuya virtud podía distenderse y explorarse la vagina.

2º El método de sutura que r?o tenía probabilidades de provocar inflamación ni ulceración.

3º La manera de conservar vacía la vejiga durante el proceso de cicatrización.

ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista etiológico, se las divide en obstétricas, ginecológicas, traumáticas propiamente dichas, actinogenéticas, neoplásicas e inflamatorias.

Las **fistulas véscicovaginales** de tipo obstétrico se producen por diversos mecanismos: en el período expulsivo, la cabeza fetal es empujada a través de la excavación pelviana y las partes blandas del conducto útero vaginal se distienden al máximo, a la vez que son comprimidas, más o menos violentamente, pero en forma pasajera, en el parto normal. Si esta compresión es más intensa y duradera, las partes blandas comprendidas entre la cabeza fetal y el pubis, son perturbadas en su circulación, ésta disminuye y la isquemia consecutiva compromete la vitalidad de los tejidos. Se forman así escaras que al eliminarse en la primera semana del puerperio dejan pérdidas de sustancia de extensión variable y se constituye la fistula.

La neorosis puede producirse en la pared vaginal, en el tabique uretrovesicovaginal y en el de uréter; pero el órgano más expuesto es siempre la vejiga; de ahí que las fistulas más habituales determinadas por los traumatismos obstétricos sean las de tipo véscicovaginal.

Otras veces la fistula obedece a una desgarradura del tabique véscicovaginal consecutiva a un parto rápido y violento.

Finalmente, las fistulas véscicovaginales obstétricas pueden ser producidas por una operación relacionada con el parto: aplicación de fórceps o céfalotribo, sinfisiotomía, etc., efectuadas con técnica incorrecta.

En estos casos la fistula se constituye precozmente, determinando una incontinencia urinaria inmediata; en cambio, en las fistulas por partos distócicos, que tardan unos días en producirse, sobreviene la incontinencia más o menos tardíamente.

Las fistulas véscicovaginales de tipo ginecológico son consecutivas a operaciones sobre los órganos genitales como histerectomías ampliadas por vía vaginal o abdominal, correcciones de prolapso, etc., efectuadas con fallas de técnica, o determinadas por las condiciones locales de la afección: infiltración neoplástica del tabique véscicovaginal, en los tumores malignos del cuello uterino, vagina o vejiga.

Es posible también que el origen de la fistula sea un flemón o absceso abierto simultáneamente en vejiga y vagina, o un pesa-

río o cuerpo extraño en la vagina, que hayan determinado una ulceración o por lesión tuberculosa o sifilítica localizada en la vejiga o vagina.

Las fistulas véscicovaginales traumáticas propiamente dichas, son rarísimas, pues dada la situación anatómica de dichos órganos es muy difícil que un agente vulnerante pueda herirlos.

Las **fistulas** véscicovaginales **actinogenéticas** son aquellas producidas por radionecrosis por exceso de dosis, lo que entraña un error de técnica, o por fusión neoplásica del tabique véscicovaginal consecutiva a la destrucción por el radio de carcinoma que ha infiltrado dicho tabique, o por hipersensibilidad tisular a las radiaciones.

De acuerdo con el asiento de la pérdida de sustancia, las fistulas véscicovaginales se subdividen en: a) **véscicouréterovaginales**; b) véscicocérvicovaginales; c) céscicovaginales propiamente dichas y d) véscicoutetrovaginales.

SINTOMATOLOGIA

El síntoma fundamental es, naturalmente, la pérdida de orina por la vagina, que puede ser continua o intermitente.

Si la comunicación entre la vejiga y la vagina es amplia, la pérdida de orina es continua y la enferma no consigue una micción voluntaria.

Cuando el calibre de la fistula es pequeño la pérdida de orina es continuada; para la vejiga puede retener cierta cantidad que permite a la enferma orinar voluntariamente.

En las fistulas pequeñas y bajas, la pérdida es intermitente, de acuerdo con la posición de la enferma; cuando está acostada, durante cierto tiempo no pierde orina, porque ella se acumula en las porciones más superiores de la vejiga, en cambio durante la estación de pie, la pérdida es permanente. Cuando la fistula está situada más arriba sucede lo contrario: la paciente pierde orina en la posición acostada y no en la vertical.

Las mujeres con fistulas véscicovaginales, en procura de un alivio transitorio recurren a ciertos artificios para transformar una pérdida permanente en discontinua, así por ejemplo: algunas adoptan la posición acostada o de pie, otras el decúbito ventral, y finalmente, algunas consiguen retener en la vagina cierta cantidad de orina contrayendo los mus^l es y los músculos del suelo pelviano.

Cuando la paciente expresa que la crina se escapa permanentemente y que no tiene ninguna emisión voluntaria, se trata de una fistula ureterovaginal bilateral, o de una fistula **véscicouterina**, o, lo que es mucho más probable, de una gran fistula véscicovaginal. Si en cambio la enferma manifiesta que tiene micciones normales además de la incontinencia, se tratará de una pequeña fistula véscicovaginal o de una fistula ureterovaginal unilateral que vuelca la orina en la vagina en tanto que el uréter indemne la elimina en la vejiga.

DIAGNOSTICO

Es muy fácil en la mayoría de los casos por los antecedentes del parto o de la intervención obstetroginecológica y por la pérdida de orina manifestada por la enferma y comprobada por el médico. Hay que evitar el error de tomar por una fistula la incontinencia de orina debida a parálisis del cuello vesical que suele observarse en las púerperas. En este caso, el examen revelará la integridad del tabique véscovaginal y que la orina sale por el meato uretral.

Diagnosticada la fistula, es necesario reconocer exactamente su localización, sus dimensiones, así como las lesiones concomitantes.

Cuando la fistula data de algún tiempo, la pérdida incesante de orina, al principio tolerada por la vagina y la vulva, acaba por irritarlas y se producen escoriaciones, lesiones inflamatorias, y en ciertos casos verdaderas ulceraciones. La vagina es estrecha, y en la vulva y regiones vecinas es constante el eczema y el olor urinoso que mortifica a las enfermas y puede llegar a impedirles la vida de relación. Las diversas lesiones asociadas que suelen observarse complican el cuadro determinado por la fistula, y al modificar los tejidos entorpecen la cicatrización post-operatoria. Por otra parte, si no se trata la fistula, sobrevienen procesos inflamatorios crónicos que pueden comprometer a la vejiga y a la parte más alta del árbol urinario, con las consiguientes serias consecuencias.

Las pacientes deben ser cuidadosamente examinadas con valvas, y en ciertos casos es necesario colocarlas en posición genupectoral o en decúbito lateral de Sims. En los casos favorables la fistula se visualiza como un orificio más o menos grande, redondeado, ovalado o estelar, de bordes rojizos que corresponden a la mucosa vesical ectropionada. En las fistulas viejas los bordes están espesados y esclerosados. La inyección en la vejiga de líquidos coloreados, como el permanganato de potasio o azul de metileno, permitirá conocer la localización de la fistula al ser eliminados por ella a través de la pared vaginal si se trata de una fistula véscovaginal pequeña o del orificio cervical si es una fistula véscocouterina, mejor dicho véscocervical.

Cuando se consigue obtener cierta capacidad vesical obturando el orificio fistuloso con un balón pequeño introducido en la vagina, es posible practicar una cistoscopia, la cual, al mostrar las características de la fistula y al revelar el buen funcionamiento de los uréteres, permite descartar su lesión. El examen cistoscópico permite averiguar igualmente la existencia de inflamación vesical y su localización, asunto de gran importancia, ya que si tal cosa se comprueba, debe instituirse el tratamiento adecuado, antes de resolver cualquier intervención.

HISTORIAS CLÍNICAS

En los últimos tres años de mis labores hospitalarias he tenido la suerte de observar diez casos de fistulas véscicovaginales.

En dos casos actué en colaboración con el Profesor Doctor Juan A. Mejía M., se trataba de dos enfermas portadoras de fistulas véscicovaginales consecutivas a partos prolongados por distocias pélvicas, asistidas dentro de los límites de la obstetricia primitiva. Mujeres jóvenes primigestas veían al iniciarse en el cumplimiento del noble deber de la maternidad que la naturaleza les había impuesto; truncado su bienestar personal y su felicidad conyugal; convirtiéndose en desdichados seres presas de desesperación, miseria y sufrimiento, por causas de una fistula véscicovaginal incurable.

En una de ellas el cuadro se hacía más doloroso, pues a la fistula véscicovaginal, se agregaban las molestias de una fistula rectovaginal.

En estas enfermas el Profesor Mejía, intentó la reparación ensayando las mejores técnicas descritas en los tratados de Ginecología, pero los resultados siempre fueron nulos.

En vista del constante estado de desesperación que su estado causaba a las pacientes, y de la insistente petición de operación por parte de ellas, y dadas las condiciones irreparables de dichas fistulas, ya que la abertura de la vejiga era tal que permitía la penetración de la mano en su cavidad a través de la vagina, y de la destrucción casi total de la uretra en ambas enfermas: decidióse el Profesor Mejía por la implantación de ambos uréteres en el rectosigmoideo.

Pué así cerno después de un preparatorio apropiado que nos constituimos en la sala de operaciones, con objeto de hacer la operación siguiendo la técnica de Coffey de la implantación simultánea de los uréteres. Los resultados demás está decir que fueron buenos desde el punto de vista mediato, pues las enfermas mejoraron, y el recto convertido en receptáculo funcionó perfectamente. De estas enfermas se han tenido noticias después de 10 meses, y su estado continuaba siendo aparentemente normal.

El tercer caso es personal; se trata de María Herminia Cerrato, de 24 años de edad, soltera, vecina de Maraita, que ingresó al servicio de Ginecología el día 23 de octubre de 1947, quejándose de una incontinencia de orina consecutiva a un parto laborioso.

Enferma secundípara de pelvimetría normal, cuya distocia-fué debida probablemente a un exceso de volumen de la cabeza fetal, ya que su parto anterior había sido normal: nos contó la enferma que unos cinco' días después del parto, sintió que le fluía la orina por la parte y que desde entonces no volvió a sentir deseos de orinar, mojando continuamente sus ropas.

Por el examen ginecológico pude comprobar que la orina fluía continuamente por la vulva, el tacto combinado me puso de manifiesto la existencia de la ruptura de la vejiga en la vagina en una extensión como 8 centímetros pudiendo por consiguiente intro-

ducirse cuatro dedos en su cavidad; la ruptura era muy baja, casi a nivel del cuello de la vejiga; además, por el cateterismo de la uretra se puso de manifiesto la ruptura de ésta a nivel del cuello vesical, pues se veía salir por este punto la extremidad de ja sonda introducida por el meato urinario.

La observación demostró también irritaciones y trastornos inflamatorios del periné y regiones circunvecinas de la vulva, consecutivas a la constante irritación por la orina. Con estos datos senté el diagnóstico de fístula vésicouretror vaginal.

Después de un cuidadoso preoperatorio dado que su estado general era bastante malo, decidí operarla el 3 de noviembre de 1947. Elegí el método de reparación en dos planos por despegamiento de las dos paredes vesical y vaginal y luego reconstrucción por simple sutura continua con catgut crómico N° 1 para la pared vesical y N° 2 para la pared vaginal. Simultáneamente reconstruí los dos extremos de la uretra seccionados por anastomosis terminoterminal hecha con sutura a puntos separados con catgut crómico N° 1. La intervención demás está decirlo fue muy laboriosa.

Una vez terminada la operación coloqué una sonda permanente, y a través de ella hago unas instilaciones de azul de metileno, advirtiéndome con sorpresa que no hay escape a través de las suturas.

En estas condiciones es trasladada la enferma al servicio en donde va bien durante una semana, al cabo de la cual el escurrimiento reaparece.

Después de cuatro semanas y perdidas las esperanzas de reparación espontánea, ya que la fístula era de regular proporción —daba cabida a un dedo—; decido nueva intervención, y así el 8 de diciembre de 1947, le hago la segunda operación, siguiendo el procedimiento anterior; nueva prueba con azul de metileno al finalizar la intervención, y satisfecho del resultado inmediato, hago trasladar la enferma al servicio.

Después de 12 días de encarnamiento absoluto, el escurrimiento hace su reaparición, pero para entonces una cantidad de 900 a 100 gramos de orina es eliminada por la sonda, permanente, siendo pequeña diferencia la que se escurre por el orificio fistuloso.

Un nuevo examen practicado 3 semanas después de esta última operación, nos pone de manifiesto la presencia de un pequeño orificio —3 milímetros de diámetro— a través del cual se infiltra la orina de una manera continua gota a gota.

Con fecha 5 de enero llevé de nuevo la enferma a la sala de operaciones, e intenté la oclusión haciendo un orificio circular alrededor del orificio fistuloso, para luego suturar sus bordes y a continuación traslapé la pared de la vagina sobre esta última sutura vesical. El resultado fue malísimo, pues la enferma presentó el escurrimiento desde el segundo día de la intervención!

Considerando como un fracaso esta última intervención, decidí el 27 de febrero de 1948 una cuarta intervención, para entonces principié por hacer el despegamiento del orificio fistuloso y de la vagina, a continuación sorgeté circularmente dicha fístula infun-

dibulizando a continuación dicho orificio fistuloso, en seguida sorgeté nuevamente dicha infundibulización, con objeto de hacer nueva infundibulización, y por último sorgeté la parte correspondiente de la pared vaginal anterior.

Después de esta cuarta y última intervención, la enferma no presentó escurrimiento durante el tiempo que permaneció encamada —20 días—, pero luego que se le quitó la sonda permanente y se le permitió la deambulacion notó que se mojaba ligeramente, —sobre todo después de mucho ejercicio—, pero ya para entonces la enferma tenía micciones espontáneas.

Al hacer nuevo examen ginecológico es imposible por la simple inspección encontrar el orificio fistuloso; y no fue sino después de haber llenado completamente la vejiga de una solución de suero fisiológico con azul de metileno, y de ordenar a la enferma hacer esfuerzos de micción que se legró descubrir dicho orificio en uno de los pliegues de la vagina. Entonces encamé a la enferma con sonda permanente durante un mes, haciéndosele instalaciones de 20 cc. de una solución de Argirol al 10% cada 3 días, luego la enferma fue levantada, estando para entonces completamente curada.

En el tercer caso, también personal, se trata de Gertrudis Ortiz, de 23 años de edad, casada primígesta, procedente del departamento de Olancho, quien ingresó al servicio de Ginecología el día 12 de febrero de 1948 a curarse de una incontinencia de orina.

Más o menos un mes antes de su ingreso al servicio, —según referencias que nos hizo la enferma—, tuvo un parto distócico por estenosis pélvica; cinco días después de este parto laborioso —4 días de trabajo, que dio cerno resultado la expulsión de un feto muerto—, notó que la orina le fluía por la parte y desde entonces no ha vuelto a sentir deseos de orinar.

El aspecto de la enferma es de desnutrición acentuada, acompañada de una debilidad general que le imposibilita valerse de sí misma para el cumplimiento de sus necesidades fisiológicas y de la vida de relación.

Enferma pirética, taquicárdica, toxémica. El examen del bajo vientre nos pone de manifiesto la presencia de una masa semidura, que se extiende hasta cuatro traveses de dedo por encima del pubis y que es dolorosa a la palpación.

Al examen ginecológico se nota por la simple inspección de la vulva, la fluidez continua de la orina, y en las regiones circunvecinas de los órganos genitales externos, se notan excoriaciones y procesos inflamatorios.

El sondeo de la vejiga nos muestra la ruptura de la vejiga en la vagina en una extensión de 10 centímetros.

Por el tacto abdomino-vaginal es fácil introducir varios dedos en la cavidad vesical. Los fondos de sacos uterinos están ocupados y dolorosos.

Con todos estos datos se hacen los diagnósticos siguientes: peritonitis pélvica y fistula véscouretravaginal de origen obstétrico.

Se precede a los exámenes de laboratorio y se encuentra en un primer examen de sangre:

Glóbulos **Rojos** 2.010.000
Glóbulos **Blancos** 10.000
Hemoglobina 40%

Fórmula Leucocitaria r P. N. 70%
J ^- ^4%
[E. 3%

Hematozooario Negativo T.
C. 10 minutos T. de S. 8
minutos Reacción de Kahn
Negativa.

Se ordena un tratamiento antianémico, dietético y tónico general; y el 28 de febrero se le hace una transfusión de 350 gramos de sangre citratada.

Un nuevo examen ordenado una semana después de la transfusión nos reporta:

Glóbulos Rojos 2.620.000
Glóbulos Blancos 6.700
Hemoglobina 65%

Cinco días después nos dan el siguiente resultado, a nueva requisición:

Glóbulos Rojos 3.280.000
Glóbulos Blancos 10.700
Hemoglobina 65%

Fórmula Leucocitaria (P. N. 78%"
J —■ " *£
j W. M. 270
LE. 1%

Hematozooario Negativo
T. de C. 6' 30" T. de
S. 5'

Después de un tratamiento médico eficiente a base de reposo absoluto, bolsa de hielo, quinioterapia por las sulfas y penicilinoterapia sin lograr el beneficio esperado, resuelvo intervenir su perviperitonitis quirúrgicamente.

Con este objeto es llevada la enferma a la sala de operaciones el 12 de marzo de 1948, en donde es laparotomizada infraumbilicalmente; luego de abrir el absceso pélvico y de liberar las adherencias, procedo a la extirpación de las trompas, acto que acompaño de histerectomía fúndica y ovariectomía bilateral, en vista de las graves lesiones que interesaban estos órganos.

El abdomen fue drenado mediante cigarros, y durante el acto operatorio fueron transfundidos 300 gramos de sangre citratada diluida en suero Ringer.

Diez días después la enferma está completamente restablecida de esta primera intervención.

Con fecha 25 de abril del mismo año, resuelvo su primera intervención de reparación; de su fístula, y, con tal objeto, elijo el procedimiento del desdoblamiento y sutura de las dos paredes —vesical y vaginal— independientemente; reconstruyendo además en el mismo acto operatorio, la ruptura de la uretra.

El fracaso no se hizo esperar, la enferma siguió emitiendo orina desde el primer momento, y un examen practicado una semana después nos demostró la presencia de la fístula y la inutilidad del acto operatorio.

El 3 del mes siguiente, intento nueva reparación, siempre por vía vaginal, usando el mismo procedimiento, pero en este acto operatorio dadas las condiciones de la región a operar —vulva pequeña, periné duro e inextensible— y con objeto de ampliar el introito para facilitar las maniobras, decido hacer dos episiotomías oblicuas derecha e izquierda.

A pesar de todo esto, las dificultades fueron extremas, y después de varias tentativas infructuosas, consideré imposible un afrontamiento verdadero de las dos paredes vesical y vaginal.

Perdidas las esperanzas de reparación por vía vaginal, y después de una espera prudencié, que aproveché para seguir reforzando las defensas de la enferma, decidí una tercera intentona de reparación; pero ya para entonces quise aprovechar la vía abdominal para practicar la operación de Legué.

Fue así, como el 17 del siguiente mes me constituí en la sala de operaciones y por laparotomía infraumbilical abordé la vejiga; la operación resultó muy difícil, pues con gran dificultad pude llegar al orificio fistuloso.

Como resultado de esta última intervención he obtenido la reparación de la vejiga, quedándome todavía el problema de la uretrorrafia, la que tengo pendiente para próxima intervención, —dada la urgencia con que es solicitado este trabajo me fue imposible informar sobre el resultado final de esta enferma, de quien tendí el gusto de informar en artículos siguientes.

Los otros casos de fistulas véscicovaginales a que hago referencia, han sido casi siempre de origen neoplásico, y, en ellas, no he hecho más que,— honradamente hablando— diagnosticarlas.

CONCLUSIONES

1° Las fistulas véscovaginales, constituyen uno de los más difíciles problemas a resolver, por la mayoría de los Ginecólogos.

2° Excepto las fistulas genitales de origen neoplásico, en las que el Ginecólogo moderno no tiene nada que hacer; en las fistulas genitales de otras etiologías, siempre —dados los progresos de las técnicas ginecológicas—, encentraremos un tratamiento apropiado a cada caso, con el que beneficiaremos notablemente nuestras enfermas.

3° En nuestra práctica hospitalaria hemos encontrado siempre predominando como causa etiológica de este molesto mal, el parto, es en el momento de cumplir con el noble y grande deber de la maternidad, que la naturaleza ha impuesto al sexo débil, que nuestras mujeres corren el riesgo de adquirir una fistula genital, tronchando en flor de esta manera su dicha conyugal, y teniendo que arrastrar a través de su existencia el drama oculto, el callado martirio, de una fistula genital refractaria a toda intervención reparadora.

4° Con los adelantos de las técnicas ginecológicas, siempre es posible, revistiéndose de un poco de paciencia y buena voluntad, hacer mucho con estas desdichadas enfermas, poseedoras casi siempre de distocias pélvicas, y asistidas en sus partos por medios primitivos: y cuando hayáis aliviado una de estas enfermas, estad seguro que el reconocimiento por parte de ella será eterno, aparte de la legítima vanidad que sentiréis de haber hecho un bien apreciable.

5° Poro es precisamente evitando que se produzcan, como debemos combatir tan molesto mal; y es por medio de la observación rigurosa de las reglas de lo Obstetricia Moderna, en el momento de trabajo de parto de nuestras futuras madres, como veremos desaparecer del campo de la ginecología las fistulas genitales de origen obstétrico, con lo que habremos alcanzado un grado más de evolución en los progresos de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

Crossen & Crossen, Ginecología Operatoria. — Crossen & Crossen, Enfermedades Genitales de la Mujer. — Calatroni-Ruiz, Terapéutica Ginecológica. — Christopher, Tratado de Patología Quirúrgica.

PRIMEROS INJERTOS DE CORNEA EN HONDURAS

Por el Dr. José Gómez-
Márquez h.

Subjefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General

En un trabajo publicado hace aproximadamente un año en la Revista de la Asociación Médica Hondureña, tuvimos el propósito de hacer una divulgación sobre el injerto de córnea, de manera que el médico general, a quien iba dedicado este trabajo, tuviera una idea cierta de cuáles eran los fundamentos de esta operación, cuáles sus aplicaciones y cuál su porvenir en Honduras. Era nuestra intención, desterrar la idea muy extendida, de que esta intervención era algo así como un juego de magia, y desde luego, inaccesible a nuestro medio. Sin embargo, hasta aquel entonces, nosotros no podíamos más que relatar lo que habíamos leído en numerosos libros y Revistas, sin agregar nada basado en nuestra propia experiencia, ya que, por falta de instrumental quirúrgico, nadie hasta entonces en Honduras había intentado el transponte corneal. Hoy en cambio, nos hemos acogido a estas páginas, para exponer nuestras impresiones sobre el asunto. Queremos ante todo manifestar, que nuestro "record," es aún pequeño y por lo tanto no pretendemos sentar afirmaciones personales rotundas, sino simplemente deseamos que queden plasmadas nuestras impresiones del momento.

Como ya es de todos sabido, la queratoplastia parcial penetrante, consiste esencialmente, en la substitución de una porción de córnea opacificada por otra transparente. Sin entrar en detalles, no haremos más que recordar las causas más frecuentes de estas opacidades: queratoconjuntivitis, queratitis intersticiales, quemaduras o traumatismos de la córnea, etc. Como es lógico, estos ojos, que han conservado su integridad por detrás de la córnea, son aptos para ver, si se consigue substituir la córnea opacificada, que impide la llegada en caudal suficiente de los rayos luminosos. El material de transplante se consigue de ojos enucleados con córneas transparentes, de fetos o de cadáveres frescos. La conservación de estos ojos, se hace simplemente envolviéndolos en una gasa empapada en suero fisiológico y colocándolos en una temperatura de 1° C. aproximadamente.

El tallado de ambos colgajos, tanto el del enfermo como el del donador, se puede hacer mediante dos procedimientos distintos: el circular y el cuadrado. Este último nos ha parecido el más ventajoso y es el que hemos empleado en nuestros casos. El material quirúrgico especial, consistente en un cuchillo gemelar, y unas tijeras anguladas. La primera fase de la operación consiste en la sección del colgajo donador, que es a nuestro juicio el momento más delicado, ya que de su corrección dependerá en gran parte el éxito ulterior.

Tomando con la mano izquierda el ojo donador, se toma con la derecha el cuchillo gemelar, cuyas dos ramas se han colocado previamente a una distancia de 4 a 6 mm., según los casos. Se tiza por medio de él, la primera sección doble, no penetrante, y después otras dos perpendiculares a las primeras, asimismo no penetrantes, con lo cual se ha obtenido un cuadrado sobre la córnea donadora, que abarca en profundidad únicamente el epitelio y una parte del parenquima. A continuación se hace una perforación en uno de los lados así insinuados, por medio de un cuchillo de Graeff y por esta brecha se continúa la sección del cuadrado con cuchillo y tijeras alternativamente. Como hemos dicho ya, este es tal vez el momento más difícil de la operación del injerto corneal: la sección total de los dos primeros lados suele ser bastante fácil; pero apenas el ojo está abierto, empiezan a salir por la brecha los medios intraoculares (humor acuoso, cristalino, vítreo, etc.), constituyendo un obstáculo para la buena visibilidad, factor de primera importancia en este caso; por otra parte, cuando dos de los lados han sido ya seccionados, el colgajo pierde, como es natural, buena parte de sus puntos de sostén, y ofrece mucha movilidad al cuchillo o a la tijera. Si debido a estas dificultades, se lleva a cabo un error en el curso del tallado de los lados, el colgajo resultará irregular en lugar de un cuadrado perfecto como es necesario y entonces no tendremos más que dos caminos: intentar regularizarlo o contentarnos con él; en el primer caso, las dificultades son grandes, debido a lo pequeño del material, aparte de los riesgos de traumatizar el colgajo, favoreciendo su opacificación; en el segundo habrá mala coaptación del colgajo en la brecha que vamos a abrir en el ojo del enfermo, o, lo que es peor, se nos caerá en la cámara anterior del enfermo.

Este colgajo es conservado en una gasa empapada en suero fisiológico hasta el momento de su trasplante. En este momento se repiten las mismas maniobras sobre la córnea leucomatosa, es decir, el trazado con el cuchillo gemelar, del cuadrado no penetrante. Ahora se colocan las suturas previas, que habrán de mantener posteriormente el injerto. Hay que hacer notar, que esta sutura, no fija directamente de borde a borde, el injerto al resto de la córnea, sino que constituye una especie de malla, con puntos de sostén en la córnea del enfermo, y que impiden que el injerto se salga de su sitio. Queremos aclarar aquí, que la sutura del Dr. Castroviejo, con todo y ser muy ingeniosa, tiene el inconveniente, a nuestro juicio, de ser una sutura continua, lo cual presenta la gran desventaja, que si durante el acto operatorio se tiene la desgracia de seccionar un punto (o se suelta espontáneamente), cosa que creemos le puede suceder aún al cirujano más hábil, se desbarata toda la sutura; por otra parte, esta sutura constituye durante toda la operación una maraña inextricable, que hace perder mucho tiempo. Nosotros, ante estas dificultades, decidimos variar en ciertos puntos la sutura. Desde luego, que no tenemos en estos momentos suficiente literatura, para saber si esto que se nos ha ocurrido, ha

sido ya ensayado previamente por otros, pero en todo caso nos ha dado buenos resultados. Esta sutura consiste, en cuatro puntos en U, diagonales cruzados que se anudan separadamente. La coaptación que nos ha dado, en los casos empleados nos ha parecido excelente con la inmensa ventaja de obstaculizar en menor grado los tiempos de la operación. En las figuras 1 y 2 mostramos una y sutura.

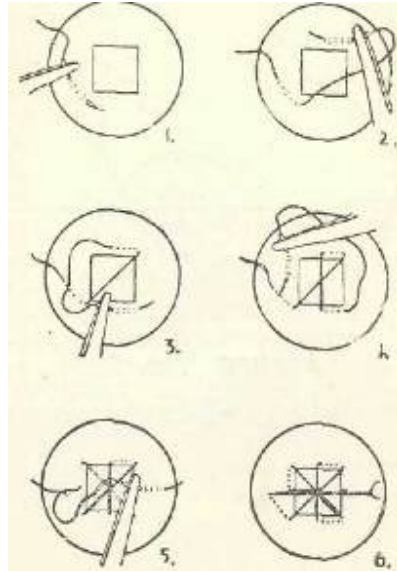


Figura No. 1

El paso siguiente consiste en la liberación del cuadrado trazado precedentemente sobre la córnea por medio del cuchillo gemelar, y que, como ya dijimos, no era penetrante. La primera brecha se abre en uno de los lados por medio de un cuchillo de Graeff, siendo este momento particularmente difícil, puesto que con facilidad se pueden herir las estructuras retrocorneales, ya que, debido a la opacidad de la córnea, el cuchillo penetra en lá cámara anterior a ciegas. Acto continuo se introducen por este orificio unas tijeras especiales y se continúa la sección del cuadrado. Este tiempo, aunque delicado, se ve facilitado por el hecho de poder prender el colgajo que se está escindiendo con unas pinzas de garfio ya que no importa, como es natural, traumatizarlo. Es corriente encontrar sinequias posteriores, las cuales es preciso desprender antes de continuar la operación, y es aconsejable, llevar a cabo una amplia iridectomía, ya que uno de los peligros del post-operatorio es el glaucoma que sobreviene frecuentemente. En el curso de esta resección del colgajo opaco las tijeras deben colocarse casi paralelas al plano corneal, lo cual permite dar un bisel a la córnea, a

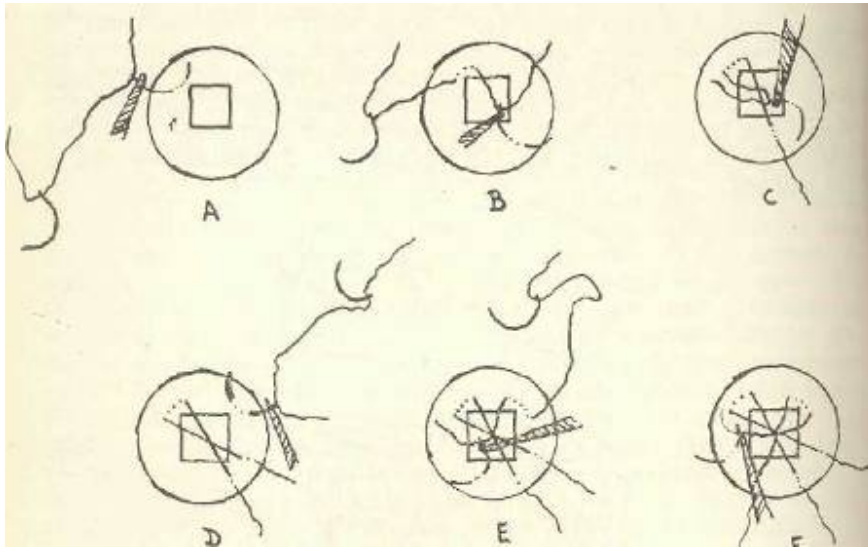


Figura No. 2

expensas de su cara anterior, de tal manera que el cuadrado dejado libre es mayor visto por la cara anterior que por la posterior. Esta maniobra tiene por objeto, evitar *que el injerto caiga en la cámara anterior*. Ya tenemos pues, una brecha abierta en la córnea del enfermo, con las suturas puestas previamente; quedando ahora colocar el injerto sobre la misma, lo cual se hace fácilmente con una espátula. Si no ha habido errores en el curso de los tiempos anteriores, la coaptación debe ser buena. La operación se termina, apretando las suturas dejadas sueltas precedentemente. Una vez hecho esto, el colgajo queda fijado en la forma que muestra la Fig. 2. F (con la sutura empleada por nosotros.)

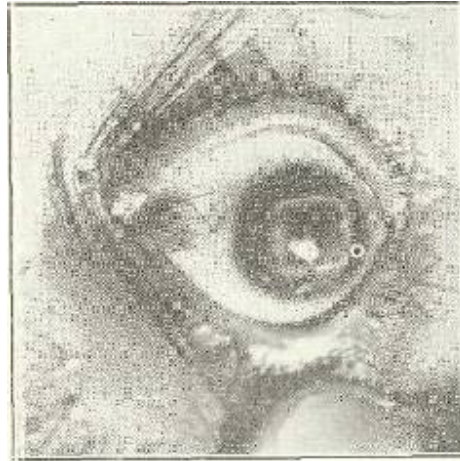
Terminada la intervención, no hay más que esperar el post-operatorio, en el curso del cual se van resolviendo los interrogantes que tenemos ante nosotros. En efecto, aquí, no basta como sucede en la mayor parte de las operaciones, usar técnica correcta para obtener buenos resultados, cosa que es precisamente la mejor recompensa que se puede dar a un cirujano. Una serie de factores que no están directamente relacionados con el acto quirúrgico, pueden ser o no favorables y con ello hacer del caso un triunfo o un fracaso. Aquí reside la parte decepcionante de la operación. Vamos a pasar revista someramente a estos factores imponderables:

a) El esfácelo o no del injerto. Ignoramos la frecuencia de este accidente en la literatura existente; nosotros hemos tenido la suerte que ella no suceda.

b) La opacificación inmediata o no del colgajo. Tampoco lo hemos observado.

c) La infección. Esto, lógicamente, podría ser frecuente, pues como se comprenderá, el injerto que colocamos no es accesible a la antisepsia y es por ello un albur que siempre hay que correr. Hemos tenido la suerte de no tener esta complicación.

d) La opacificación tardía del colgajo. Lo hemos visto en un caso. En otros, por el breve tiempo transcurrido, no podríamos hacer ninguna afirmación.



Fotografía que muestra uno de los ojos operados por el autor en los que se consiguió una buena transparencia de injerto

e) Los brotes de glaucoma secundario, que no hemos visto por el momento, pero que según nos han informado colegas de otros países, es bastante frecuente.

f) Los astigmatismos corneales intensos, que pueden ser un serio obstáculo para una buena visión.

Como se ve, el camino a recorrer en la queratoplastia parcial penetrante, es arduo y recubierto de obstáculos, pero sin embargo, lo empezamos a recorrer con la ilusión puesta en mejorar el estado de algunos de nuestros ciegos.

El Método Bioterápico o Biológico en Cirugía Obstétrica y Abdominal [1-2]

(1) Trabajo leído en la Séptima Asamblea Nacional de Cirujanos y en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia.

(2) Comunicación recibida el 29 de abril de 1947.

(Comunicación preliminar)

Amadeo Narcia Ruiz (3)

(3) **Direc:** Quintana Roo 92.

Jefe del servicio de Obstetricia del
Hospital Central Militar
(México, D. F. — México)

"Debe procurarse que el acto quirúrgico no interrumpa las costumbres y —en lo posible— la manera de vivir del paciente."

Zuckermann.

Este trabajo ha sido escrito para relatar mi experiencia en 16 operaciones: diez de cirugía obstétrica y seis de cirugía abdominal en un lapso de seis meses. En ellos las observaciones fueron tan demostrativas, del beneficio del procedimiento que a continuación describo que ello me ha estimulado a estudiar exhaustivamente el tema y dar a la publicación preliminar, sobre las bases fundamentales del método.

Definición

La bioterapia es el procedimiento terapéutico que aprovecha las funciones normales del organismo para restablecerlo rápida y cómodamente de la enfermedad postoperatoria.

La tríada etiológica de la enfermedad postoperatoria es "shock", intoxicación y dificultad circulatoria. El objeto primordial del procedimiento que aquí se refiere, es evitar las tromboflebitis y las trombo embolias pulmonar* y cerebral, logrando además "una restitución rápida y fácil del paciente a su vida normal.

Los elementos de trabajo de este método son: a) La deambulación temprana, para devolver la movilidad normal al organismo; b) anestesia atóxica o al menos tóxica; c) prevención del "shock"; d) alimentación normal, y e) elevación del tono psíquico del paciente que resulta consecuencia de los factores anteriores y de la personalidad del médico, actuando como factor estimulante sobre el enfermo.

Historia

Uno de los elementos del método bioterápico, la deambulación temprana después de la operación, fue iniciada por Ries en 1899. siguiendo Boldt en esta misma práctica.