

Los síntomas de la ovaritis crónica pueden ser locales y generales. Entre los primeros debemos contar el dolor; ya antes de conocer las lesiones propias de la ovaritis, se conocía cierta dismenorrea, llamada *ovárica*, que presentaba cierto carácter que la distinguía de otras dismenorreas. La dismenorrea propia de la ovaritis ofrece crisis dolorosas que, por lo común, se inician antes de que aparezca el período menstrual, que se sostiene una establecido vez éste y que á veces persiste aún después de haber terminado el mismo. El carácter de estas crisis neurágicas es de agudez con irradiaciones hacia los nervios crurales, lo cual nos hará sospechar la enfermedad de que se trata. En ocasiones, los dolores se presentan fuera del período menstrual; basta una excitación erótica, un cansancio, un movimiento exagerado que produzca alguna trepidación en el ovario, para que se despierte el dolor, que suele ser pungitivo, agudo pero no permanente, ni duradero y que se localiza por lo general en las regiones del ovario irradiándose hacia los nervios crurales. Además de estos fenómenos, hay desórdenes menstruales; hay, por lo general, tendencia á la menorragia, y no faltan casos en que hay tendencia á la falta de periodicidad. En ocasiones, hay dolores muy intensos y alteraciones menstruales considerables con pérdida de la periodicidad y tendencia á los adelantos menstruales, pero más adelante y progresando la enfermedad, los síntomas cambian hasta venir la ataxia menstrual ó la amenorrea. Este fenómeno puede observarse en las ovaritis tuberculosas que modifican los síntomas típicos de la enfermedad. Es frecuente, asimismo, en casos de ovaritis, la dispareunia ó coito doloroso, que en nada se relaciona con el vaginismo. La esterilidad hállase también en esta afección, sobre todo en las formas quísticas en que el ovario está enormemente alterado; en cambio, es más rara en la ovaritis difusa, de manera que la esterilidad es puramente relativa, pues cabe que se desarrolle el óvulo. Encuétranse, también, reflejos por parte del aparato urinario y del recto, el primero sufre menos que cuando hay lesiones de la trompa, en cambio el recto está más perjudicado y de aquí la defecación dolorosa.

Respecto á fenómenos generales habrá gran variabilidad y desde luego diremos, que si hay ovaritis supurada se presentarán los fenómenos propios de una supuración sostenida; en cambio si se trata de una ovaritis hemática, serosa ó difusa, las lesiones no trascenderán tanto al estado general, y si hay fenómenos por parte de todo el organismo será á causa de las lesiones consecutivas en otros órganos y aparatos. Digamos ante todo, que apenas habrá una enferma afecta de ovaritis que no presente alteraciones del tubo digestivo, algunas sufren fenómenos reflejos por parte del corazón, y así padecen taquicardia ó bradicardia, otras ofrecen fenómenos reflejos respiratorios de los indicados al hablar de las metritis. Con todo, lo verdaderamente importante es la relación de la ovaritis con el sistema nervioso; por creer que muchos fenómenos patológicos nerviosos dependían de los del ovario, se creyó que la ovaritis era la causa de desórdenes de aquel sistema, más frecuentes en la mujer que en el hombre. Se

creyó que muchas neurastenias eran debidas á varias formas de ovaritis, que ésta, en su variedad difusa ó cirrósica, era causa del verdadero histerismo en la mujer, y tanto arraigo tomó esta opinión, que se llegó á establecer un tratamiento radical de las neurosis en la mujer por la castración. Era difícil antes resolver este asunto, pues nos faltaban datos; hoy día podemos ya fallar con completo conocimiento de causa, y así diremos que, atendiendo á lo enunciado, las enfermedades histéricas y neurasténicas debieran curarse una vez extirpados sus ovarios si la ovaritis fuera el origen de su mal, pero como no se curan, todo aquel sistema se derrumba y queda juzgado por este solo hecho. Que en el desarrollo del histerismo el ovario tendrá su parte, no lo negamos, pero de todos modos, debe conocerse que no es el único factor. No podemos, pues, aceptar la indicación del tratamiento radical indicado por combatir el histerismo ó la neurastenia; yo me inclino á creer que los dolores, los desórdenes menstruales, la dispareunia, etc., son los que perjudican el sistema nervioso y que la ovaritis por sí sola no produce estados generales neurasteniformes ni histeriformes, de manera que el tratamiento de las neurosis por la castración no puede aceptarse hoy día por su perfecta inutilidad y falta de fundamento racional.

El diagnóstico de las ovaritis crónicas debe fundarse no sólo en los síntomas ya indicados, sino que es necesario proceder á la exploración directa del aparato genital. Esta nos proporcionará síntomas variables; si se trata de la ovaritis no quística en cualquiera de sus formas, pocos datos obtendremos. El medio de que nos valdremos es el tacto vaginal, solo ó combinado con la palpación por el abdomen. Los datos que en este examen recogeremos, estarán ó no relacionados con el volumen del órgano; en el primer caso, habrá fenómenos dolorosos que se manifestarán al comprimir el fondo del saco vaginal lateral, en el que está el ovario. La palpación combinada exagera estos dolores, y si la enferma se presta, podremos coger el ovario entre las manos y convecernos de la sensibilidad exagerada del órgano, que, en estado normal, es sólo ligeramente sensible y no doloroso. Si el ovario está en su sitio, no podremos alcanzar otro síntoma; reconoceremos el aumento de volumen del ovario, pero este dato no es de gran valor; la razón de que el ovario se ponga á nuestro alcance es que una vez inflamado cae hacia el fondo del saco posterior. Si la ovaritis no reviste la forma quística, podremos comprobar variaciones de volumen según la época en que practiquemos el reconocimiento, puesto que existen períodos de hiperemia y edema del ovario. Con esto y los fenómenos dolorosos ya expuestos, tendremos bastante para diagnosticar una ovaritis. Cuando ésta es de forma atrófica, todavía hay menos fenómenos, persisten los dolores pero no llegamos á tocar el ovario. En cambio, tratándose de la ovaritis quística, no nos queda duda, sobre todo si alcanza cierto volumen; en estos casos percíbese un tumor en la región del ovario caído hacia el fondo de Douglas, tumor de figura irregular con zonas abolladas y algunas de ellas quísticas que ofrecen cierta blandura al tacto. El diagnóstico en tales casos no es dudoso y si, á los síntomas referidos, añadimos

este dato, nos convenceremos de que se trata de una ovaritis crónica ó una peri-ovaritis; unos cuantos días de observación bastarán para indicarnos si el tumor cambia ó no de volumen. La palpación combinada es un excelente medio auxiliar, y por ella podremos precisar el diagnóstico. Tratándose de diferenciar entre sí las diversas formas de ovaritis, lo primero que nos preguntaremos es si ésta ofrece ó no quistes, lo cual puede conocerse por la historia de la enferma y el reconocimiento. Una vez diagnosticada la ovaritis quística nos interesa saber de qué variedad tendremos que ocuparnos, sobre todo importa conocer si estamos frente á una ovaritis supurada ó á otra no supurada. El reconocimiento directo no nos da síntoma alguno, pues no basta para averiguar si las cavidades que se han fraguado en el ovario contienen pus, serosidad ó sangre. Respecto al dolor diremos que quizás no aparece tanto en la forma quística supurada, pues los quistes supurados tienen propiedades destructivas, y así como corroen los tabiques que separan una cavidad purulenta de otra, desorganizan también los filetes nerviosos, aboliendo, por tanto, la sensibilidad. Sea como sea, el reconocimiento no nos da síntomas para diferenciar una forma quística de otra que no lo sea, no bastando para diferenciar las diversas clases de ovaritis quísticas entre sí.

¿Tenemos medios para conocer que estamos frente á una ovaritis supurada? Algunas veces sí, y el diagnóstico se basará en la historia de la enferma que, por lo general, en los casos de ovaritis supurada es muy aparatosa. Hay un período de la misma, caracterizado por dolores intensísimos junto con malestar general, metrorragias, fiebre, inapetencia, vómitos; este período se sostiene más ó menos para desaparecer luego, dejando el aparato genital en una quietud relativa, porque el pus se ha enquistado, cesando los fenómenos que determinaba en su formación. Esto se observa raramente en las otras ovaritis que presentan más constancia en los síntomas.

El diagnóstico diferencial entre la ovaritis y otras enfermedades no ha de ser difícil, pues la historia de la enferma y los datos que adquirimos por la exploración nos guían suficientemente. Al principio podremos fluctuar entre una ovaritis y una neoplasia del ovario, pero los tumores del órgano se desarrollan silenciosamente, y apenas desarrollan síntomas en sus comienzos, mientras que la ovaritis es por demás estrepitosa. Las dificultades existirán para establecer el diagnóstico entre una ovaritis crónica y una salpingitis, tantas pueden existir, que muchas veces no las diferenciaremos, calificando el caso de salpingo-ovaritis. Se comprende que así suceda, recordando que por el reconocimiento en los casos de salpingitis quísticas, encontramos tumores iguales por su forma y tamaño á los que existen en casos de ovaritis crónicas, así pues este carácter y el existir las lesiones en puntos tan aproximados, imposibilitan casi el diagnóstico.

El curso y las complicaciones de la ovaritis crónica son algo parecidos á los de la salpingitis, distinguiéndose aquél por su cronicidad, ya que es difícil que

el órgano, habiendo sufrido tantas y tales lesiones vuelva á su normalidad. De todas maneras, obsérvanse variaciones por lo que respecta á ciertos períodos que resultan más tolerados que otros. Por lo que atañe á la curabilidad espontánea de la ovaritis crónica no la negaremos, aunque haciendo notar que se observa en pocas ocasiones. Dada la imposibilidad de que el órgano recupere sus condiciones normales, lo único que podemos esperar es que la enfermedad resulte tolerada, sea porque las lesiones cambian su modo de ser, ó porque han desaparecido los fenómenos de agudez. Claro está que siempre podremos observar las lesiones del mal, pero como éste no origina grandes manifestaciones, prácticamente puede considerarse curado. La misma ovaritis quística, disminuyendo de volumen, puede acabar por ser tolerada. No hay, pues, reintegración del órgano, pero sí un estado de tolerancia que equivale á una curación. Desgraciadamente esto no es lo común; en la ovaritis atrófica puede venir la tolerancia cuando la atrofia ha llegado al extremo, pero sólo después de un período de terribles sufrimientos. Puede con todo sobrevenir la desaparición funcional del órgano, y con ella el fin de los fenómenos patológicos, coincidiendo con amenorrea; esto mismo ocurre en ciertas ovaritis quísticas, observándose á veces ovarios muy voluminosos que no determinan ni dolor, ni esterilidad, ni dispareunia, ni ninguno de los síntomas propios de una ovaritis. La tolerancia se presentará en ciertas épocas de la vida preferentemente, así aparecerá más comunmente en los períodos cercanos á la menopausia.

En cuanto á complicaciones de la ovaritis crónica, empezaremos por señalar la peri-ovaritis que origina fenómenos muy notables y que saltan á la vista. Desde el momento en que existe peri-ovaritis, estamos expuestos á que se generalice, viniendo una pelvi-peritonitis ó una peritonitis generalizada. Por lo demás, las ovaritis crónicas sólo son de temer cuando revisten la forma supurada, tanto porque puede confundirnos en el diagnóstico, como porque el pus que permanece en el ovario puede derramarse en el peritoneo, ocasionando una peritonitis mortal; es necesario ver cómo resultan tolerados los abscesos del ovario para comprender todos los accidentes que pueden ocurrir en el curso de una ovaritis quística. Como la infección puede localizarse en un ovario, dejando sano el otro, pueden realizarse las funciones genésicas existiendo una cavidad purulenta en aquel órgano, hasta que un día, sin saber por qué motivo, se rompe la cavidad purulenta, y nos encontramos frente á una peritonitis generalizada rápidamente mortal. Las autopsias han demostrado que puede existir, pus en el ovario sin determinar trastornos considerables que lo hagan sospechar, y en ciertas intervenciones verificadas por cualquier otro motivo, se ha encontrado pus en el ovario. Todavía recuerdo el caso de una joven de 25 años que tuvo un parto distócico que originó un desgarró del cuello; curado éste, á los dos ó tres años de aquel hecho, aquejando algunos síntomas de metritis cervical consultó á varios médicos, hasta que un día fué atacada de salpingo-ovaritis. En esta situación la vi y diagnosticó aquella dolencia que desapareció en sus ma -

nifestaciones más estrepitosas á los quince días; sospeché entonces la supuración, y estaba muy tentado de proponer un tratamiento operatorio, pero tal fué la calma que sobrevino, que no me atreví; seguí viendo á la enferma después de este tiempo y no se quejaba sino de alguna molestia de escasa consideración. Al cabo de unos dos años, como existiese esterilidad empleé tallos de laminaria, se hizo embarazada, abortó y así siguió sin nueva fecundación, hasta que un día me llamaron con urgencia para visitarla y me cuentan que sin saber cómo, fué atacada de dolores agudísimos en el lado izquierdo (sitio donde tuvo la salpingo-ovaritis), dolores que se generalizaron y fueron subseguidos de vómitos; en fin, el cuadro de una peritonitis generalizada y por perforación, tan intensa, que acabó con la enferma en treinta y seis horas. Es natural que esta peritonitis dependiese de la ovaritis antigua; existirían dudas si hubiese existido en el lado derecho, pero estando en el izquierdo la cosa es clara y evidente. Por estas razones opino que la mujer murió de un absceso del ovario que se había formado antes, que se rompió abriéndose en el peritoneo, y como hechos similares ocurren con cierta frecuencia, ya comprenderéis la importancia de la ovaritis crónica supurada. Téngase presente para el pronóstico, que los abscesos del ovario se abren en el peritoneo con frecuencia, á diferencia de lo que ocurre en las colecciones purulentas de otros sitios de los genitales, que buscan su salida por las vías naturales, recto, vejiga y vagina; en las ovaritis supuradas, á menos que se formen adherencias que limiten la colección, lo natural es que el pus se derrame en el peritoneo.

El tratamiento de la ovaritis crónica incluirá los medios locales paliativos y los agentes descongestionantes del aparato genital. Emplearemos la medicación calmante, la revulsiva y la tónica general. Sin embargo, el verdadero tratamiento de la enfermedad que estudiamos, se confunde con el de la salpingitis, y debemos englobarlo con éste en un capítulo aparte.

## Lección LIX

*Tratamiento tópico de las salpingo-ovaritis.—Tratamiento conservador y tratamiento radical.—Estudio de uno y otro.—Estudio de las distintas intervenciones radicales sobre los anexos del útero.*

Al entrar en el tratamiento de las salpingo-ovaritis crónicas, debemos hablar, desde luego, de los medios paliativos con los cuales nos proponemos que el organismo adquiera tolerancia. Este fin podemos conseguirlo hasta en las formas supuradas, y para llegar á él emplearemos una serie de medios ya conocidos y puestos en práctica por nuestros antepasados. Para que los síntomas no sean tan molestos y la enfermedad se detenga en su curso progresivo, usaremos

de todos aquellos medios y agentes que pueden influir favorablemente. Estos pueden ser locales y generales; entre los primeros contaremos los descongestionantes, de aquí la aplicación de supositorios, ya sean calmantes, ya antisépticos y el uso de revulsivos. También están indicados los calmantes, y finalmente los medios generales que colocan el organismo en condiciones de resistencia. Cuando vemos que los fenómenos persisten y hasta se acentúan, á pesar de nuestras intervenciones, debemos recurrir á otros procedimientos, hijos de la escuela contemporánea. De todos modos, es útil conocer los ya mentados procedimientos paliativos, pues hay casos en que hecho el diagnóstico, no puede realizarse la intervención radical y sólo podemos emplear aquéllos para obtener la tolerancia.

Con los medios indicados raras veces puede curarse la afección cuando ésta ha producido alteraciones anatómicas profundas en el ovario, v. gr.: esclerosis ó quistes; lo más que podrá ocurrir es que se apaguen las manifestaciones del proceso, pero la reintegración del órgano es difícil, por no decir imposible. De aquí que el tratamiento radical se imponga en dos ocasiones, primero cuando las manifestaciones del proceso revistan una intensidad y rebeldía intolerables, y segundo cuando la vida de la enferma se halle comprometida próxima ó remotamente. En la primera categoría de indicaciones encontramos las dependientes de las molestias, síntomas y sufrimientos ocasionados por la salpingitis hipertrófica, ovaritis esclerósica, la hidro-salpingitis ó la ovaritis quística serosa, enfermedades todas que son rebeldes á nuestra terapéutica y hacen padecer á la enferma, pero no hacen peligrar su existencia. En efecto, una salpingitis hipertrófica ocasionará muchos sufrimientos, pero no ofrece peligro para la vida de la enferma, ó, si lo ofrece, es tan remoto, que apenas debemos contar con él, y lo mismo diremos de la ovaritis quística serosa. En cambio, en la hemato-salpingitis y en la púo-salpingitis, lo mismo que en las ovaritis supuradas, no se trata ya de manifestaciones dolorosas más ó menos tolerables, sino de complicaciones que pueden ser mortales por difusión de la enfermedad, ó por irrupciones de pus en el peritoneo. Debe contarse además con las flógosis repetidas de la baja pelvis que alteran en estos casos de tal modo la salud de la mujer, que ésta llega á estados deplorables.

En la primera categoría de casos, ó sea en aquellos en que la enfermedad no es peligrosa y si sólo molesta, se comprende que se hayan agotado los recursos para obtener la tolerancia, y así, después de usar los paliativos ya mencionados, se ha echado mano de medios quirúrgicos pero sin llegar al tratamiento radical. En este concepto puede aplicarse el masaje, que logra buenos efectos, sobre todo si existen exudados que mantienen las manifestaciones sindrómicas; pero los usos de este método son muy limitados, porque en tales casos casi siempre existe colección purulenta que contraindica el sistema. Además los buenos efectos del masaje serán sólo pasajeros en la ovaritis micro-quística como en la endo-salpingitis y la salpingitis hipertrófica. Se ha recomendado también la

electrolisis que por de pronto estará contraindicada siempre que haya anexitis supurativa; por lo tanto es necesario establecer el diagnóstico para no emplear un medio que puede ser contraproducente; de aquí que se haya dicho que la electrolisis es un medio diagnóstico, porque al despertar fenómenos agudos de flogosis pelvianas seguidos de reacción febril, nos indicará la existencia de una forma supurada. En los casos ya indicados de salpingitis hipertróficas ú ovaritis micro-quísticas caracterizadas tan sólo por síntomas intolerables, la galvanización del aparato genital calma las manifestaciones dolorosas por su acción sobre el sistema nervioso. La electricidad en estos casos debe aplicarse de una manera muy distinta de cuando nos proponemos corregir los miomas del útero, pues así como en estas circunstancias son precisas grandes intensidades, si queremos obtener efectos calmantes deben usarse corrientes de escasa intensidad, (15 á 20 miliamperes.)

Aparte de estos proceder, debemos hablar de otro tratamiento quirúrgico calificado de conservador por sus partidarios en contraposición al tratamiento radical que luego explicaremos. Afirmanse los que defienden tal sistema en el mecanismo patogénico de la afección que suponen ser siempre una propagación del estado infectivo desde el útero á los anexos; en consonancia con estas ideas pretenden combatir la enfermedad en su origen corrigiendo primero la endometritis, creyendo que una vez curada ésta no se renueva la infección y desaparece la anexitis. Consiste el referido método, preconizado sobre todo por Doleris, en dilatar el útero, rasparlo y desinfectarlo para preservar á la enferma de nuevos ataques de salpingo-ovaritis. Desde luego, este tratamiento, que se funda en bases sólidas de la patogenia de muchos afectos, ha de tener algo bueno; así, frente á una salpingo-ovaritis que sospechamos no se ha curado por completo y aun tememos que se reproduzca, el procedimiento de Doleris será eficaz en el concepto preventivo. Si las lesiones no son muy profundas podemos obtener tal alivio que equivalga á una curación, pero se ha pretendido hacer más, queriendo curar salpingo-ovaritis crónicas cuyas lesiones habían llegado á todo su apogeo, y para esto se ha debido acentuar algo más el tratamiento, ya que no podía ocultarse á los partidarios de este sistema, que si habia por ejemplo, púo-salpingitis era preciso evacuar el pus. De esta manera la operación comprende, además de la dilatación y raspado del útero, un taponamiento consecutivo del órgano, que tiene por objeto dilatar su cavidad para que desagüe el contenido de la trompa por su orificio uterino dilatado por aquella maniobra. Después de lo dicho en la Anatomía Patológica, ya comprenderemos que aquello no puede lograrse en muchos casos, v. gr., cuando la obturación del orificio interno de la trompa se debe á una cicatrización de la mucosa. Lo mismo diremos si la trompa se ha acodado viniendo consecutivamente una obturación, pues ésta no se resolverá aunque dilatemos el útero. Tratándose de colecciones purulentas, hemáticas ó serosas que existen en el ovario, aunque desobstruyamos el orificio interno

de la trompa, para nada intervendremos en la evacuación de aquellos líquidos. De manera que este tratamiento es falaz en muchos casos.

Cuando las lesiones no son muy profundas y la obturación de la trompa depende de la ingurgitación de la mucosa y no de su acodamiento ni de la formación de adherencias, siempre que se demuestre la forma profluente, se comprende que puede obtenerse real beneficio. Obsérvase en la práctica que respecto á las salpingo-ovaritis que están en sus comienzos y no han producido grandes alteraciones anatómicas, podemos lograr que aquélla no pase al estado crónico, pero si la enfermedad está ya establecida con hipertrofia de las paredes de la trompa ó bien con colecciones líquidas en ésta ó en el ovario, sólo logramos con aquel tratamiento un período de calma, exponiéndonos á muchos peligros durante la intervención. Los fracasos que no dejan de presentarse en ésta, se deben á los pequeños traumatismos que tenemos que practicar para verificarla, los cuales pueden avivar la infección y hacer que se propague al peritoneo. Deben estudiarse, pues, las condiciones de la enferma antes de aplicar este tratamiento para evitar los peligros que puede traer consigo y aprovechar todas sus ventajas. Hagamos constar también que muchas enfermas tratadas por estos procedimientos han debido sufrir después la intervención radical por haberseles reproducido las lesiones.

Es preciso tener en cuenta en muchos casos, la educación quirúrgica del vulgo; es difícil hacer comprender á la gente que el ginecólogo procede á una operación que no es radical, por más que se lo expliquemos. Si ocurre un fracaso se achacará siempre á impericia del cirujano, pero nosotros debemos prescindir de estas y otras heridas de nuestro amor propio, en bien de la enferma. En otros países más educados quirúrgicamente que el nuestro, se pide esta intervención y si no da resultado aceptan otro tratamiento más radical.

Consiste el verdadero tratamiento radical, en la extirpación de las lesiones producidas por la salpingo-ovaritis, y así como frente á una endometritis del cuello extirpamos la mucosa, frente á una enfermedad de los anexos, que ha alterado de tal modo estos órganos que no es posible su reintegración, procederemos á extirparlos. Desde luego podemos dividir la operación según se emplee para los casos no peligrosos y sólo caracterizados por manifestaciones intolerables, ó bien se use para los casos que amenazan la vida de la enferma. El primer caso ofrece alteraciones anatómicas que no bastan á comprometer la existencia de la mujer, y de aquí que si tenemos algún medio de corregir las lesiones sin destruir el funcionalismo del órgano debemos emplearlo. Realízase en estas circunstancias el tratamiento por la vía abdominal, descubriendo los anexos y separándolos de manera distinta, según las alteraciones que se encuentren. Si hallamos salpingitis hipertrófica general en los dos lados, lo mejor es extirpar los anexos derechos é izquierdos, pero á veces podemos conservar alguno de estos órganos por estar poco alterados y contener solamente serosidad clara. Lo más conveniente en tales casos es coger la trompa, abrir el pabellón, dejar

libre el ovario, y si observamos serosidad transparente limitar á esto la operación, porque es señal de que la infección se ha agotado: esta operación, conocida con el nombre de salpingostomía, tenemos muy raras ocasiones de practicarla.

También podemos, al practicar la salpingostomía, resecar un pedazo de trompa, desprender las adherencias y si logramos desobstruir el orificio interno de la trompa, podemos conservar las funciones procreadoras de la mujer. Ciertamente que son pocos los casos en que pueden realizarse tales operaciones, pero cumplen su objeto muchas veces y son buenos procedimientos de cirugía conservadora que cada día está más en boga, lo mismo que las castraciones parciales ó resecciones ováricas, y las intervenciones en el ovario que alteran su modo de ser, por medio de puntos de termo-cauterio. Se han practicado resecciones ováricas, fundándose los que tal han hecho, en que el ovario, por poca resistencia que tenga, puede realizar sus funciones. Ya se comprende que esto sólo tiene aplicación en mujeres jóvenes, pues al llegar cerca de la menopausia no vale la pena de conservar un órgano que ninguna utilidad ha de prestar. Por lo demás, muchas veces tendremos que extirpar los ovarios de ambos lados; para esto se practicará la laparotomía y se buscarán los anexos, guardando la enferma la posición ordinaria ó la de Trendelenbourg, y luego con nuestra mano derecha ó con la izquierda, nos dirigiremos al fondo del útero, buscando los ligamentos anchos hacia un lado, y de esta manera encontramos los ovarios en el fondo de saco posterior. Después de desprender las adherencias, extraeremos los anexos que se pediculizan fácilmente, se ligan y se cortan luego, teniendo cuidado de cauterizar el extremo del pedículo para evitar una infección. Esta laparotomía es de las más sencillas, pues se practica con rapidez y da buenos resultados, ya que en contados casos vienen complicaciones y apenas hay mortalidad.

En ciertos casos la operación es muy delicada, y por tanto debemos decir algo respecto de su oportunidad. Como en tales ocasiones se trata de anexitis supuradas ó con tendencia á serlo, en sus períodos de agudez, preséntanse pelvi-peritonitis más ó menos limitadas que obscurecen el cuadro sintomático. Echase de ver, que en tales circunstancias el médico debe saber rechazar las exigencias de la enferma, pues de ceder á ellas la pondríamos en peligro inminente. El ginecólogo, pues, debe abstenerse de operar en tanto haya fenómenos inflamatorios agudos; así una anexitis supurada con fiebre y fenómenos de pelvi-peritonitis, no es operable hasta que hayan desaparecido estas manifestaciones de agudez. Teniendo en cuenta esta indicación, ó sea operando en frío, obtendremos buenos resultados.

La intervención quirúrgica en las púo-salpingitis se verifica de manera muy distinta que en las otras formas de la dolencia. El que indicó primero la necesidad de intervenir en las salpingitis supuradas, así como la frecuencia de esta forma, fué Lawson-Tait, el cual mereció las sátiras de muchos autores que llegaron á decir que si el referido ginecólogo hallaba tantas púo-salpingitis era porque en Birmingham (ciudad donde aquél reside), habían ido á parar todas las

púo-salpingitis de Inglaterra. Es de notar que en aquel entonces los ginecólogos de todos los países apenas si daban importancia á estas lesiones, pero en cuanto fueron conociéndose más y se vieron los buenos efectos de la intervención quirúrgica en las mismas, hubo de reconocerse la justicia de las observaciones de Lawson-Tait. La operación, pues, merece llamarse por el nombre de tan distinguido autor, como se la designa también con el nombre de salpingectomía, que significa extirpación de las trompas.

Para realizarla, una vez elegido el momento oportuno, se practica una incisión en el abdomen por la línea media, y se procede luego de manera distinta, según los casos, pues así como todo resulta fácil en las púo-salpingitis de pocas adherencias, otras veces preséntase la maniobra muy larga y dificultosa. Una vez abierto el abdomen se explorará el fondo de la pelvis, y en este tiempo hallamos grandes variantes pues á veces resulta fácil, no habiendo más que separar el epiplón y las asas intestinales, mientras que en ocasiones, sea por pelvi-peritonitis, sea por peri salpingitis, hallamos el epiplón adherido á la pared del abdomen, á los órganos pelvianos ó bien encontramos las asas intestinales pegadas á la trompa ó el ovario afectos. Pasando por todas estas dificultades, llegamos al fondo de la pelvis y viene el momento de enuclear los anexos del útero; pues bien, puede ocurrir que éstos se hallen empotrados en grandes masas de tejido nodular flogístico, formado á su alrededor por las peri-salpingitis y peri-ovaritis que han ocurrido; si esto no ocurre, cuando menos hallaremos adherencias entre los anexos del útero y los intestinos, ó bien entre los anexos y el fondo de Douglas. En estas circunstancias hay verdaderas dificultades operatorias que hoy están muy simplificadas; hacemos que la enferma adopte la posición de Trendelenbourg con la cabeza abajo formando ángulo bien acentuado, de manera que el epiplón é intestinos desprendidos de sus adherencias, caigan en la gran cavidad del abdomen; de esta manera podemos ver y tocar el fondo de la pelvis, asegurándonos del modo como están colocados los anexos de sus adherencias, etc. Si estos órganos se presentan adheridos hay que dejarlos libres, lo cual costará más ó menos, influyendo mucho en esta maniobra el hábito del ginecólogo; á veces las adherencias son muy íntimas y cuesta grandes trabajos hallar el intersticio que separa la pared de los anexos de las vísceras y peritoneo parietal. Durante este tiempo estaremos prevenidos para cierta hemorragia que hay que saber despreciar, puesto que no depende sino del desprendimiento de adherencias. Pediculizanse los anexos practicando el nudo especial (*sttaffordshire*) que sirve para estos casos, y cortando el pedículo con el termocauterio.

Esta operación es de las más laboriosas y accidentadas; puede ocurrir la ruptura de la cavidad purulenta con todas sus consecuencias, lo cual debemos evitar á toda costa, siendo por cierto bien difícil si no imposible en ocasiones. En efecto: si se punciona la cavidad quística ó purulenta antes de operar, le falta al ginecólogo apoyo y base para desprender los anexos, y esto sería el me-

por medio de evitar la rotura. Este derrame purulento tiene distinta importancia, según los casos; hoy día se ha demostrado que el pus de las trompas y del ovario, como el de otras regiones de nuestro organismo, puede llegar á esterilizarse; de aquí el precepto que hemos dado ya de «operar en frío;» es decir, cuando se haya amortiguado la virulencia microbiana, lo cual ocurre al desaparecer los fenómenos generales. Mientras éstos y los locales existan casi podemos asegurar que el pus es virulento y puede determinar por contagio fenómenos infectivos. Procediendo con limpieza y no dejando pus en el fondo de la pelvis no habrá inconveniente para operar; tanta importancia se da al carácter del pus, ó sea á su virulencia, que en algunas clínicas extranjeras, al practicar una laparotomía contra una anexitis supurada, tan pronto como se puede recoger una corta cantidad de pus, se analiza y se examina al microscopio para ver si contiene ó no microbios; si éstos no existen se tranquiliza el operador, si acaso existen, aunque no sepamos si son virulentos ó no, procederemos cual si lo fueran, practicando lavado y drenaje. El derrame de pus en el peritoneo por rotura de la bolsa que lo contiene es un hecho de difícil prevención, y antes, de conocer los hechos mencionados admiraba sobremanera á los ginecólogos que, derramándose pus en la serosa peritoneal, la enferma se salvara gracias á un lavado de aquella membrana.

Es muy conveniente examinar el pus durante la éxtirpación de los anexos, y si aquél no contiene microbios, sólo se procederá á una buena limpieza del fondo de la pelvis, mediante compresas que se pasarán hasta secar la última gota de pus. Si este líquido contiene gérmenes infecciosos, aunque sospechemos que se ha esterilizado, se obrará como si no lo fuera, para evitar en lo posible los riesgos de una infección, y con este objeto practicaremos lavados abundantes de la cavidad pelviana, y de todo el abdomen con 10, 15 ó 20 litros de una solución de cloruro sódico al siete por mil. De esta manera, ó bien empleando sencillamente agua clara hervida y á regular temperatura, se obtienen eficaces resultados. Todavía podemos hacer más en estos casos, aunque no haya grandes superficies cruentas ni hemorragias del fondo de la pelvis; me refiero al drenaje verificado por medio de un tubo con una tira de gasa ó bien valiéndonos del procedimiento de Mikulietz, que sirve de mucho en tales casos; si aun quedan colgajos en el fondo de la pelvis que es preciso despegar, habiéndose derramado pus y queriendo nosotros evitar que se reproduzca la infección, se rellena todo de gasas y se deja abierto el abdomen por el procedimiento de Mikulietz antes indicado.

Otro accidente operatorio es la perforación intestinal, que puede realizarse al menor descuido y con mucha facilidad, pues son tan íntimas á veces las adherencias que no podemos despegarlas bien ó la perforación se ha formado antes de que intervengamos, abriéndose la trompa supurada en el intestino y formándose un trayecto fistuloso. Lawson Tait no da importancia á la perforación del intestino, pues dice que ya se cerrará luego; yo creo que es accidente temible

siempre, pues debe tenerse en cuenta que maniobramos en mujeres que llevan varios años de padecimientos, habiendo perdido hasta la forma de sus genitales internos, que se encuentran reducidos á un magma con cavidades purulentas. Desde luego conviene suturar estas heridas, pero recordando siempre que los desgarros se han producido por alteraciones de los órganos, pudiendo suceder que al intentar la extracción de una membrana ó de un trozo de trompa cedan estos tejidos por estar en malas condiciones; en este caso veremos con frecuencia que se forme consecutivamente una fístula. Cuando las heridas intestinales hayan adquirido cierta importancia, recurriremos al drenaje, haciendo que venga á parar donde exista herida intestinal, para que la fístula consecutiva no tenga inconvenientes. La curación espontánea de estas fístulas no es rara, pero á veces la abertura es tal y sus trayectos tan sinuosos que para remediarlos hay que acudir á la intervención quirúrgica. No crec, pues, como Lawson Tait, que estas heridas sean de despreciar porque se curen en algunas ocasiones, pues son muchos los casos en que no se resuelven y apuran sobremanera al ginecólogo.

Respecto á resultados de esta intervención diremos que parece imposible sea tan benigna, pues dados los grandes traumatismos que realizamos, lo mucho que dura la maniobra, las dificultades que hay para llevarla á cabo, etc., el acto quirúrgico reviste gran importancia. Parece imposible, repito, que con una operación de tal índole y tratándose de afecciones que desnutren en gran manera á la enferma, obtengamos la curación en un 94 ó 95 por 100 de casos. Sólo se registra, pues, un 5 ó 6 por 100 de mortalidad, guardando los ya mentados preceptos de «operar en frío,» pues interviniendo en malas condiciones la mortalidad aumenta. No parece sino que el organismo disfruta de una tolerancia especial para estas intervenciones.

Si al operar una salpingo-ovaritis nos encontramos un lado en que hay supuración y otro en que las lesiones no son bastantes para aconsejar la extirpación, lo que hay que hacer es extirpar ambos anexos, como no sea que alguno de éstos se halle absolutamente sano. Esta extirpación de los anexos de ambos lados es medida muy sana, pues al cabo de más ó menos tiempo acaba por imponerse. Hoy día, el acuerdo acerca de este particular es casi unánime, y realmente después de pasados los riesgos de la intervención contra una anexitis supurada de un solo lado, lo más prudente es extirparlos ambos, á poco que el otro tenga también señales de inflamación.

Preséntanse también casos inoperables y entonces tratamos las cavidades purulentas, abriéndolas y drenándolas, procurando su desagüe amplio. Como por este medio obtenemos buenos resultados, no debe echarse en olvido. Cabe, por lo tanto, llegar á la colección purulenta por la vagina, abrirla y desaguarla. Para esta maniobra merecen tenerse en cuenta varias observaciones; necesítase primero que la cavidad purulenta de la trompa ú ovario sea única, luego que sea asequible por el fondo de saco posterior (puesto que este sitio es de elección para buscar colecciones supuradas de la pelvis). La primera condición se reune

pocas veces, y como desde la vagina no podemos ir buscando las distintas colecciones purulentas, de aquí que esta maniobra se emplee poco. Además, estas colecciones no siempre son asequibles por el fondo de saco de Douglas, y por más que abramos éste y lo puncionemos, no sale el pus. Esto no quiere decir que el método sea malo, sino que la colección purulenta no es asequible por el fondo de saco posterior. Esto por lo que se refiere al tratamiento radical de las salpingo-ovaritis supuradas.

Muchas de estas enfermedades vienen ligadas con manifestaciones neurasténicas é histeriformes. Ya dijimos el concepto que nos merece una operación sobre los anexos del útero para combatir aquéllas; la castración obrará sólo por efecto sugestivo. No hay nadie que con tanta facilidad acepte una intervención quirúrgica como una histérica, lo cual se debe quizás á un fondo que domina en el histerismo referente á una especie de interés por parte de la enferma á llamar la atención de cuantos la rodean. Es indudable que después de la castración la enferma pasa un período más ó menos largo de calma, pero después reaparece el mal con todas sus manifestaciones. Tanta importancia tiene en estas enfermas la sugestión, que yo creo que si la enferma estuviera segura de que durante el sueño clorofórmico han de practicarle una gran operación, aunque no le hiciéramos nada, experimentaría los mismos efectos de mejoría. De aquí que la castración se haya generalizado poco y actualmente no está justificada para combatir el histerismo.

Nuestro criterio respecto de las manifestaciones histéricas y neurasténicas de la salpingo-ovaritis, lo indicaré diciendo que debemos desconfiar del tratamiento cuando los fenómenos generales dominan á los locales, pues aquellas manifestaciones se relacionan más que con la anexitis con un estado general del organismo. En cambio, los síntomas locales de la ovaritis justifican nuestra intervención. Resumiendo, pues, la operación de Batey ó extirpación de los anexos para combatir la histeria y las manifestaciones generales ligadas con la ovaritis, no debemos aceptarla. Sólo cuando dominen los fenómenos locales puede sentarse la indicación y operar según hemos indicado.

## Lección LX

*Pelvi-peritonitis y pelvi-celulitis crónicas. — Etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, formas, pronóstico y tratamiento de sus distintas formas y variedades.*

La etiología de la pelvi-peritonitis crónica es igual á la de la forma aguda: diferéncianse ambas en el modo de evolucionar y en el tiempo que duran. Desde ahora podemos señalar que ciertas clases de pelvi-peritonitis afectan de prefe-

rencia la forma crónica; entre éstas podemos contar la pelvi-peritonitis tuberculosa y la gonorreica. Las perimetritis, que por su origen podríamos llamar exantemáticas, ó sea que proceden de infecciones febriles agudas, y las dependientes de infecciones vulgares, raras veces presentan el sello acentuado de cronicidad. Las lesiones presentan también distinto aspecto según la forma de pelvi-peritonitis de que se trate; desde luego estas lesiones son las mismas que en la peri-metritis aguda, y así como al estudiar ésta hablamos de una forma adhesiva en la que apenas hay edema ni se forma serosidad, viniendo después otra en que domina la secreción peritoneal y se forma serosidad, originándose edema del peritoneo y apareciendo otras veces una colección purulenta, así también en la peri-metritis crónica hemos de encontrar tales fenómenos, dando sello y carácter á la enfermedad. De esta manera encontraremos pelvi-peritonitis crónicas adhesivas, otras serosas con derrame en el peritoneo y otras supuradas. En la primera constitúyense falsas membranas en el fondo de la pelvis, que adhieren un órgano con otro, y al descubrir aquél lo hallamos como uniforme, siendo difícil descubrir el ovario en aquella masa de neoformación. Este fenómeno ocurre de preferencia en las formas exantemáticas, pero es más frecuente que la pelvi-peritonitis crónica que sigue á un exantema, viruela sobre todo, si éste se desarrolló durante la vida genital, afecte la mencionada forma, sin ofrecer grandes masas de tejido patológico, ni alteraciones graves, sino aglutinaciones de unos órganos con otros. Otra clase de pelvi-peritonitis crónica que tiende á afectar esta forma es la gonorreica; en esta enfermedad, pasado el período agudo, se fraguan falsas membranas alrededor del útero, obturándose el ovario y el pabellón de la trompa por las adherencias que han sobrevenido y uniéndose aquél órgano con el fondo de saco de Douglas; estas alteraciones se hacen compatibles, más ó menos, con la salud de la enferma, pero determinan ciertos síntomas, v. gr.: la esterilidad. Y generalmente una peri-metritis que comenzó de un modo agudo y que tiende á hacerse crónica afectando la forma adhesiva á la vuelta de uno ó dos meses, es de origen gonorreico; este fenómeno de formación de adherencias, tan común en las formas gonorreicas como en las exantemáticas, no es exclusivo de las mismas. Así, no hay duda que ciertos estados constitucionales, el reumatismo, por ejemplo, pueden determinar, junto con cualquier otra causa, una peri-metritis crónica adhesiva. Indudablemente que esta peri-metritis es muy común, y se comprende, dada su variadísima etiología.

Otra forma de pelvi-peritonitis es la serosa, que tiene como carácter principal la formación ó el desarrollo de ascitis, hidropesía peritoneal, más ó menos libre, pero que nada tiene que ver con aquellos nódulos de edema enquistado, propios del segundo período de la pelvi-peritonitis aguda; aquél es un fenómeno pasajero y éste es permanente. El líquido derramado se limita en el fondo de la pelvis, invadiendo á veces el resto del peritoneo y formándose grandes colecciones de serosidad en el mismo. Casi podemos pasar por alto la distinta naturaleza de

la pelvi-peritonitis serosa, para referirnos solamente á la forma tuberculosa; casi siempre que hay pelvi-peritonitis con derrame, originando el desarrollo de ascitis, podemos asegurar que se trata de una forma tuberculosa. ¿Es que siempre la peri-metritis tuberculosa va acompañada de este fenómeno, y cuando éste falte hemos de rechazar la posibilidad de aquélla? No; cuando existe aquel síntoma, casi siempre estamos frente á una forma tuberculosa, pero á veces ésta se presenta sin determinar más que la formación de masas tuberculosas alrededor del útero; no originando hidropesías en modo alguno. La localización de la tuberculosis en estos casos, realizase de preferencia en los anexos y aún la pelvi-peritonitis tuberculosa generalizada comienza casi siempre por ser anexitis tuberculosa. Este hecho, y la falta de generalización, indicarán las variantes que pueden presentarse en este terreno.

Finalmente, hay la pelvi-peritonitis crónica supurada, que á veces adquiere este carácter de buen principio, y otras es la terminación de una de las formas anteriores. Puede obturarse el pabellón de la trompa y formarse consecutivamente en la trompa una colección de pus, sobre todo si la pelvi-peritonitis es de origen gonorreico y así permanece más ó menos tiempo formando salpingitis enquistadas, hasta que un día por causas fortuitas se propaga el mal al resto de la pelvis, ocasionando pelvi-peritonitis supuradas, que se generalizan al fondo de la pelvis. Tampoco es raro que las masas tuberculosas que puede haber en el peritoneo se infecten secundariamente y determinen un foco supurativo, convirtiendo la pelvi-peritonitis de serosa en supurada. Sin embargo, las formas que desde sus comienzos se hacen supuradas, y por tanto merecen más este nombre, son las originadas por infecciones vulgares, v. gr.: las del *streptococcus* ó *staphilococcus*.

En general habrá tres focos de supuración, uno en cada anexo y otro en el fondo de Douglas. Estos focos encuéntrase á veces separados por tabiques, los cuales están constituidos por falsas membranas, pero en ocasiones la supuración se difunde á todo el peritoneo pelviano.

Los síntomas de la peri-metritis crónica son los mismos que en la forma aguda, aunque menos intensos. Así habrá dolor más ó menos difuso con exacerbaciones, sobre todo durante el período menstrual; por esto apenas hay enferma afecta de peri-metritis crónica que no sufra dismenorrea. También existe dispareunia y el coito se hace doloroso, pero lo más notable radica en las alteraciones menstruales. Ya dijimos que en la forma aguda había metrorragias; en la forma crónica, si bien se presentan, no son constantes. Respecto á este síntoma podemos establecer una separación según la forma de la dolencia; en la forma supurada precipitase el período menstrual, y el flujo es más abundante, lo que no ocurre en la forma adhesiva. El ovario y la trompa se alteran de tal modo que hay tendencia á la ataxia menstrual, y no es raro que aparezca prematuramente la menopausia; donde este síntoma se presenta más acentuado es en la peri-metritis tuberculosa. Una vez bien fijado el diagnóstico, podremos pronos-

ticar la amenorrea, que, conforme sabréis por Patología médica, es síntoma muchas veces de tuberculosis. Al fin y al cabo los tubérculos asientan en la trompa y en el ovario, destruyéndolos de tal modo que hasta les hacen perder su carácter, aboliendo la función del órgano cuando estas lesiones llegan al *máximum*; por esto la mujer queda amenorreica en época muy temprana. También debe mencionarse entre los síntomas de la peri-metritis crónica, la esterilidad; después de las lesiones indicadas, habrá grandes dificultades para la fecundación y debe notarse que aquéllas hacen que la esterilidad sea absoluta, pues no es posible, como en la forma aguda, que el órgano vuelva á su estado normal.

Hasta aquí los síntomas locales; respecto á los fenómenos generales, existirán sobre todo en ciertas formas como la serosa ó tuberculosa. Indudablemente que muchas veces se ven enfermas con cierto tipo peculiar de la enfermedad que me ocupa, refiéndome al tipo que podría llamar *florido*; así vemos jóvenes de quince á veinte años, bien constituidas, robustas al parecer, con un cutis exageradamente vascular, de aspecto fresco, rollizas, con cierto predominio de la grasa, y á pesar de este cuadro tan hermoso, ofrecen localizaciones tuberculosas en ciertas partes de su organismo, particularmente en sus genitales internos. La forma de perimetritis crónica que más trastornos generales produce es la supurada, que, aun enquistándose el pus, determina graves alteraciones alrededor del útero cuando menos; á veces sólo encontramos un síntoma de la afección: es la frecuencia de pulso y la elevación de la temperatura. Lo común es que la supuración se avive al llegar el período menstrual, reabsorbiéndose el pus, lo que determina los recargos vespertinos, por esto la enferma se demacra, ofreciendo el sello de una supuración crónica.

Mediante el reconocimiento ó la palpación abdominal, encontramos algunos síntomas que pueden servirnos de guía. En la pelvi-peritonitis adhesiva nada hallamos por la palpación abdominal, pero en la forma serosa, valiéndonos de la percusión, succusión y palpación se demuestra la presencia de serosidad en la pelvis. En la forma supurada que afecta gran desarrollo, descubrimos algo de anormal en el fondo de la pelvis, y hallamos unas induraciones á los lados del útero. Los mejores datos, sin embargo, los obtenemos por el reconocimiento vaginal y la exploración combinada; por el primero hallaremos un síntoma de distinto valor según la forma del mal; es la movilidad del útero; en la enferma tuberculosa, la movilidad se encuentra disminuída, pero no de un modo muy acentuado, pues hay más tendencia á formar serosidad que á constituir falsas membranas. En la peri-metritis adhesiva, el útero se mueve mucho menos, y se comprende, pues hay muchas bridas y falsas membranas que sujetan el órgano y lo inmovilizan, aunque no del todo; en cambio en las otras formas, particularmente si hay colecciones supuradas, el útero queda como enclavado en la pelvis. Practicando el tacto por los fondos de saco posterior y laterales, encontramos en la forma supurada nódulos ó induraciones; si en el fondo de saco

posterior hay masas tuberculosas, despertamos dolor al comprimirlo; si hay bridas no podremos introducir el dedo entre el útero y el recto por el fondo de saco respectivo. Este síntoma y la existencia de lesiones peri-uterinas difusas, junto con los síntomas enunciados ó los antecedentes de la enferma, no dejarán lugar á duda acerca del diagnóstico de pelvi-peritonitis crónica.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la pelvi-celulitis crónica y las otras lesiones peri-uterinas, sobre todo, con la salpingo-ovaritis crónica. Sólo hay una diferencia por la que toca á limitación del mal; si el fondo de saco posterior se halla afectado, diremos que hay pelvi-peritonitis, pero á veces podemos equivocarnos, y sin embargo no es este el escollo más difícil de salvar para hacer el diagnóstico diferencial. Lo difícil es distinguir ciertos casos de flogosis peri-uterinas de algunas neoplasias de los anexos; por lo que atañe á las del útero, podemos decir que tiene ó no importancia, según los casos, y siempre que dudemos que existe una neoplasia uterina ó una pelvi-peritonitis crónica, inclinémonos á pensar que se trata de esta última; recordaremos que la neoplasia uterina puede estar combinada con pelvi-peritonitis crónica. Esto ocurre en los cánceres del cuello y del cuerpo que se complican con peri-metritis de curso crónico; asegurándonos de que existen los síntomas referidos no nos quedan dudas acerca del diagnóstico. Téngase en cuenta que la neoplasia maligna del útero, aunque presente flogosis peri-uterinas, puede propagarse á los tejidos vecinos por la vía linfática y por continuidad, formando nódulos neoplásicos peri-uterinos. El diagnóstico de tales nódulos neoplásicos, cuando coexisten con flogosis uterinas, es de alta importancia. De todas maneras hay dificultades para establecerlo, porque el dolor, metrorragias, malestar de la enferma, etc., no bastan para orientarnos y sólo la observación puede suministrarlos datos, pues tratándose de una neoplasia, no veremos cambios en la misma, á pesar del tratamiento, mientras que las flogosis peri-uterinas obedecen á nuestra terapéutica. Algunas veces podremos diagnosticar tumores del útero complicados con pelvi-peritonitis ó pelvi-celulitis, pues ya sabemos que aquellos propenden á determinar procesos inflamatorios de los anexos.

El curso de la dolencia es variable según la forma que revista; la pelvi-peritonitis adhesiva es una forma eminentemente estacionaria que sólo ofrece síntomas de poca intensidad y aún á veces éstos desaparecen. En cambio las perimetritis serosas ó tuberculosas alteran profundamente el aparato genital y constituyen el punto de partida de la verdadera peritonitis tuberculosa generalizada. Si este último hecho no ocurre, aunque se haya desarrollado ascitis, ésta se reabsorberá si no sobrevienen infecciones secundarias, dominando entonces la forma seca. Así pues, cuando la pelvi-peritonitis tuberculosa tiende á la curación acaba por asemejarse á la forma adhesiva, confundiendo con ella. En cuanto á la peri-metritis supurada, su curso no es tan bonancible como el de las otras variedades, por influir en el estado general de la enferma y ser menos tolerada; recuérdese que los fenómenos que en esta enfermedad ocurren son los

de una supuración crónica y que el pus puede propagarse al peritoneo ó hacia la vagina, vejiga y recto, estableciéndose trayectos fistulosos crónicos que se confunden con los de la pelvi-celulitis.

El pronóstico guarda relación con lo dicho acerca del curso; recordemos que aun atenuándose los síntomas, la enfermedad queda en pie. Claro está que frente á una forma adhesiva, raras veces los síntomas merecerán un pronóstico grave, pero en la forma tuberculosa, aunque á veces puede curarse espontáneamente, en ocasiones se complica ocasionando una peritonitis generalizada ó tomando la forma supurada. De aquí la frecuencia de las peritonitis tuberculosas en la mujer y su rareza en el hombre. Sin embargo, no todas las peri-metritis tuberculosas requieren un pronóstico grave, pues el proceso puede resolverse aunque dejando lesiones consecutivas. Cuando haya formas supuradas con todos sus accidentes, el pronóstico debe agravarse, pues el curso se complica ó puede complicarse por modo extraordinario.

La pelvi-celulitis crónica es igual á la aguda, diferenciándose sólo por lo que toca á su curso, que es mucho más lento en aquélla. La Etiología y Patogenia son las mismas que para la forma aguda; infecciones procedentes del aparato genital más externo y estados generales infectivos pueden localizarse en el parametrium. La para-metritis débese con frecuencia á traumatismos de los genitales externos que abrieron la puerta á gérmenes infecciosos, los cuales se propagaron después por la vía linfática; con esto no tratamos de negar la posibilidad de que se presenten en el tejido celular pelviano, lesiones flogísticas por localización de infecciones generales. Esta consideración nos hará comprender el predominio que sobre tales flogosis han de tener las pelvi-peritonitis; las pelvi-celulitis son menos frecuentes que la peri-metritis. En la enfermedad que estudiamos casi no se encuentran más que dos formas, la forma supurada y la esclerósica; la serosa se encuentra sólo en el período agudo de la dolencia.

Una de las formas que debemos estudiar en el tipo crónico de la pelvi-celulitis es la esclerósica, caracterizada por una induración del tejido celular pelviano, el cual aparece como si hubiese sufrido una hipertrofia, recordando el tejido celular sub-cutáneo en casos de elefantiasis. Alrededor del útero, en la base de los ligamentos anchos, en el fondo de saco anterior entre el útero y la vejiga, en el fondo de saco posterior, á todo alrededor del cuello, encuéntrase masas muy consistentes compuestas de tejido celular endurecido é infiltrado. En ocasiones la enfermedad recorre su ciclo tan rápidamente, que en vez de esclerosis encontramos atrofia del tejido afecto. Consiste la para-metritis atrófica, como su nombre indica, en que después del período de infiltración, ya descrito, vienen fenómenos de reabsorción, interesándose otros órganos del aparato genital que también se atrofian. En estas formas encontraremos la explicación de ciertos estados no bien conocidos; como el tejido celular duro, se hace cicatricial, en vez de encontrar nódulos infiltrados, hallamos los ligamentos anchos retraídos, más cortos de lo normal, mientras que el fondo de saco

posterior se presenta endurecido. La para-metritis atrófica no es tan común como la forma anterior.

Ofrece la para-metritis esclerósica muchas variantes, y así entre la pelvi-celulitis atrófica y la hipertrófica, hallamos un tipo intermedio en el que pueden incluirse varios casos que presentan una moderada infiltración del tejido celular que tiene enorme consistencia, tanta es ésta, que los antiguos patólogos calificaban estas formas de *para-metritis leñosas*.

Al lado de la para metritis esclerósica tenemos la supurada, que consiste en el desarrollo de una colección de pus enquistada ó no y que ofrece un curso crónico. Esta colección purulenta ocupa diversos sitios, localízase en el borde del ligamento ancho, hacia la fosa ilíaca, entre el útero y la vejiga, detrás del útero, etc. Sea como quiera, hállase una cavidad llena de pus rodeada por tejido conjuntivo duro é infiltrado que enquista la colección purulenta, la cual puede ser única ó múltiple y más ó menos considerable, encontrándose mayor cantidad de pus, á medida que es menor el número de cavidades que se han formado y vice-versa. Aunque el pus puede quedar enquistado, no olvidemos que difícilmente se detiene en su curso; por esto es común la variedad fistulosa, de manera que en tales casos el pus que primero permaneció enquistado busca después su salida hacia la vagina, ó hacia el recto, ó hacia la vejiga. Otras veces el pus busca su camino hacia el ligamento de Poupert ó bien se dirige hacia los lomos ó hacia el psoas, ocasionando psoitis supuradas. Los hechos de para-metritis supuradas abiertas hacia la vagina, el recto ó la vejiga son tan frecuentes como raros los que se abren por las vías últimamente mencionadas. Hay que notar que como el carácter de tales supuraciones es crónico, los depósitos de pus no se repliegan ni cicatrizan una vez evacuados, quedando una cavidad supurada que sostiene los correspondientes trayectos fistulosos. Enfermas hay de esta clase que después de expulsar pus en cantidad mayor ó menor por la vagina, vejiga ó recto, no quedan curadas, pues tienen trayectos fistulosos por los que mana el líquido purulento en más ó en menos, pero sin agotarse. Tal es lo que se refiere á la Anatomía Patológica de la enfermedad.

Los síntomas de la pelvi-celulitis crónica son algo menos intensos que los de la forma aguda y aún no se encuentran todos. Así la dismenorrea no se presenta en la forma crónica, pues existiendo la lesión en el tejido celular y estando libre el peritóneo lo están también las trompas y el ovario; si ocurre aquel fenómeno es porque hay peri-metritis concomitante. Debe observarse que así como la pleuresía se asocia frecuentemente con la pneumonia, la peri-metritis va unida comunmente á la pelvi-celulitis; por esta razón confúndense muchas veces los síntomas de ambas enfermedades. Sin embargo, en la para-metritis pueden faltar muchos síntomas de la pelvi-peritonitis; las alteraciones menstruales ofrecen una particularidad, y es que se presentan metrorragias que podríamos llamar pasivas; así como mientras existen peri-metritis por inflamaciones de la trompa y ovarios, en los períodos menstruales sobrevienen congestio-

nes uterinas, en la pelvi-celulitis no existen tales excitaciones, pero al venir la congestión menstrual, los nódulos de tejido celular impiden la circulación de retorno por comprimir directamente los plexos venosos y se presentan hemorragias, aunque no tan vivas como en la peri-metritis. Con todo, no son pocos los casos de para-metritis en que no hay compresión ni existen hemorragias; además en la forma exclusiva atrófica, no sólo no hay menorragias, sino que tiende á disminuir el flujo menstrual, que puede llegar á desaparecer por completo, ocasionando una menopausia prematura. Preséntanse también dolores pelvianos, aunque no tan intensos como en la peri-metritis, ofreciendo el carácter gravativo y estando profundamente localizados; uno de los sitios en que se observa con más frecuencia este síntoma es en la región lumbar, pero sin ocasionar irradiaciones hacia los muslos, como acontece en las pelvi-peritonitis. Las alteraciones en la micción no son tampoco infrecuentes.

En la para metritis supurada y fistulosa existen fenómenos generales, propios de una supuración crónica, los cuales no existen en las otras formas. Por medio del reconocimiento obtendremos datos de valía; mediante la palpación abdominal, como no se trate de grandes colecciones purulentas, pocos síntomas hallaremos. Lo más importante se encontrará por el tacto ó por la exploración combinada; el primer fenómeno que buscaremos por el tacto vaginal es la movilidad del útero, que se encuentra abolida, pues el órgano se halla enclavado en la pelvis por haber perdido la flexibilidad los ligamentos que lo sostienen. Este síntoma es tan importante, que junto con los antecedentes de la enferma basta para el diagnóstico. Concurrerán á la citada inmovilidad, no sólo la rigidez de los ligamentos anchos, sino la acción mecánica de las masas induradas de tejido celular; así hay casos, como sucede en la para-metritis leñosa, en que la inmovilidad llega á tal extremo que se ha dicho que el útero está anquilosado. Aparte de esto, en los fondos de saco encontramos síntomas que no dejan lugar á dudas; en el fondo de saco posterior descúbrese por el tacto una induración y lo propio ocurre en los laterales; estos fenómenos, observados en un útero inmóvil y con historia de flogosis pelvianas, podrá hacernos pensar en una neoplasia maligna, pero si encontramos además induraciones alrededor del cuello del útero y éste se presenta inmóvil y sano, el diagnóstico queda hecho. Si alguna duda puede quedarnos es respecto á la existencia de una pelvi-peritonitis, pero como ambas enfermedades se confunden no nos preocuparemos por ello.

Tratándose de formas fistulosas, buscaremos el origen de la fistula, y si ésta se abre en la vagina, encontraremos el trayecto comunmente en el punto de unión del fondo de saco posterior con el lateral; nos aseguraremos de que se abre en la vejiga por la historia de la enferma; si ésta presenta pus en la orina, el diagnóstico queda hecho.

Respecto al diagnóstico diferencial, diremos que la enfermedad puede confundirse con ciertas neoplasias benignas ó malignas del útero, sobre todo del cuello, cuando infiltran el tejido celular, pero la historia de la enferma nos pro-

porcionará datos valiosos para distinguir ambos afectos. También debe recordarse que en las referidas neoplasias hay hemorragias irregulares, en tanto que en la enfermedad que nos ocupa sólo se presenta una menstruación alterada. Por lo que se refiere al pronóstico, hemos de decir que no debe formarse del todo grave, pues la enfermedad es relativamente bien tolerada por el organismo, aunque haya trastornos locales, desórdenes en el funcionalismo genésico, esterilidad casi constante, etc.

El tratamiento se confunde con el de la peri-metritis; emplearemos los mismos medios que en aquella enfermedad, pues ambas están relacionadas de tal manera que muchas veces estableceremos sólo el diagnóstico de supuraciones de la pelvis sin decir si se trata de una pelvi-peritonitis ó de una pelvi-celulitis, pues no hay manera de precisarlo. La distinción entre estas formas, si tiene importancia en el concepto diagnóstico y pronóstico, no la tiene en el concepto práctico, pues todas ellas se confunden tocante al tratamiento. Este se divide en dos grandes capítulos, según exista ó no indicación quirúrgica; ésta no se presenta en las formas bien toleradas por el organismo, como sucede en la parametritis esclerósica ó atrófica, en la pelvi-peritonitis adhesiva y en algunas de forma tuberculosa; en cambio, en todas las formas supuradas, en que el pronóstico se acentúa, teniendo el caso verdadera gravedad, la indicación quirúrgica se impone, á veces, para salvar la vida de la enferma. También cuando por la formación de adherencias ha quedado aprisionado algún órgano en la cavidad abdominal, se abre el vientre para buscar y cortar la adherencia; sin embargo esto es más raro de lo que muchos se figuran; cierto que durante una pelvi-peritonitis adhesiva, puede quedar aprisionada una asa intestinal por una brida de nueva formación, debiendo intervenir entonces el cirujano, pero así y todo, los casos en que no está indicada la intervención quirúrgica son numerosos.

Las indicaciones que debemos cumplir son fáciles de comprender; de todos modos debemos procurar que se reabsorban las masas neoformadas, y para ello las medicaciones locales ya conocidas, así como las generales que producen fenómenos dialíticos, están en este caso y deben ser aplicadas. De esta manera, si no corregimos la infiltración en absoluto, podemos aminorarla. Las irrigaciones vaginales ó duchas vaginales calientes, están asimismo indicadas para favorecer la reabsorción, máxime si se auxilian con el taponamiento medicamentoso que, comprimiendo la vagina y sus alrededores, contribuye á aquel resultado. Los supositorios, aunque útiles, quizás no son tan necesarios como la medicación indicada. Tienen también su aplicación los revulsivos, y así la tintura de yodo, la pomada yodo-yodurada, las puntas de termo-cauterio pueden emplearse. El yoduro potásico, como todos los alcalinos, parece que influye en la reabsorción de los exudados. Importa también cumplir indicaciones sintomáticas en el curso de las para y peri-metritis; así, si la enferma sufre de astringencia de vientre, debemos corregirla, no sólo para combatir la congestión del bajo vientre, sino porque habiendo dialisis de los intestinos, obramos indirectamente

sobre el aparato genital; si algunas veces las aguas termales producen algún beneficio positivo, es precisamente en estos casos. La acción que acabamos de mencionar, puede obtenerse con las aguas de Royat, Biarritz, Salies de Bearn ó sencillamente con agua de mar; en el tratamiento de estas enfermedades, la acción de tales medios es compleja, el cambio de vida en una estación de baños y los efectos del agua, se unen para contribuir á un resultado eficaz; así hay enfermas que mejoran mucho más con estos medios, que no durante meses enteros de estar sometidas á un tratamiento local. El masaje tiene, en las enfermedades que estudiamos, su más cumplida aplicación, pues haciendo que se reabsorban los exudados, devuelve á los tejidos sus propiedades de elasticidad y flexibilidad. En estas flogosis crónicas debe contarse el masaje como uno de los mejores recursos terapéuticos. Por último, la electricidad farádica ó galvánica que produce tan buenos resultados en los miomas para convertirlos de blandos en duros, está muy indicada en las lesiones flogísticas crónicas peri-uterinas. Galvanizaremos el aparato genital, asegurándonos antes de que no hay colecciones purulentas, aunque si éstas existen, aquel medio puede servir como diagnóstico, pues en pos de su uso sobrevendrá algún recargo febril. Con el masaje y la electricidad obtenemos efectos tan ventajosos, que equivalen á una curación. En las demás formas ya indicadas, debemos emplear la intervención quirúrgica.

## Lección LXI

*Tratamiento de las peri-metritis y para-metritis crónicas.—Estudio de las distintas medicaciones y técnica de las mismas.—Resultados que se obtienen.*

Las principales indicaciones en el tratamiento de las peri y para-metritis crónicas, arrancan de las formas supuradas. El tratamiento quirúrgico variará según las circunstancias, como la situación del foco purulento y la unidad ó multiplicidad del mismo. En el caso de que el foco purulento sea único, la indicación está supeditada á la situación de aquél; si es asequible por la vagina, claro está que nos dirigiremos por esta vía, buscándolo por el fondo de saco posterior ó los laterales. En todos casos, cuando el foco purulento sea asequible por la vagina, practicaremos la *colpotomía*, que recibirá nombres distintos, según operemos en el fondo de saco anterior ó en el posterior; de los fondos de saco laterales no hablamos, porque no debe intervenir en ellos, á menos que la colección purulenta que allí exista sea muy superficial y pueda vaciarse con una sencilla incisión. Al hablar de estas operaciones, refiérome á los casos en que el absceso está localizado algo profundamente; para vaciar la colección purulenta, nos abriremos camino entre la vejiga y el útero ó entre el útero y el

recto. Operando por el fondo de saco anterior ó por el posterior, practicaremos una incisión de tres ó cuatro centímetros en el sentido transversal ó en el longitudinal, sin temor á la hemorragia, pues en esta región no existen vasos de importancia. En cambio, en los fondos de saco laterales, por poco que profundicemos encontramos las arterias uterinas, que una vez heridas determinarían hemorragias de consideración; además en esta misma región nos hallamos con los uréteres; por tales razones no debe practicarse la colpotomía lateral.

La mayoría de veces, la localización del pus es hacia el fondo de saco de Douglas, y para proceder á la colpotomía, una vez hecho el diagnóstico, y seguros de que el tumor que encontramos es asequible por aquella vía, separamos las paredes vaginales y practicamos una incisión longitudinal ó transversal; con la primera vamos desde la parte media del labio posterior uterino á la cara anterior del recto y siempre por la línea media, de este modo nos apartamos de vasos importantes y sobre todo no interesamos los ligamentos útero-sacos, lo cual no sucede realizando la incisión transversalmente. Sin embargo, como la colección purulenta no suele ocupar una posición central, sino que se localiza más hacia los lados, es preferible generalmente la incisión transversal en el fondo de saco posterior; alcanzará aquélla cuatro ó cinco centímetros, según la disposición y el volumen del referido fondo de saco, y penetrará profundamente hasta llegar al peritoneo del fondo de saco de Douglas. Si la colección procede de una pelvi-peritonitis, basta con incidir la vagina y el tejido celular subvaginal; si por medio de estas incisiones no podemos abrir el foco purulento, despegamos los tejidos y separamos las adherencias hasta llegar á la colección de pus que se abre y sale al exterior. Hecha esta maniobra, cuya técnica es aplicable también cuando el foco purulento se halla en la parte anterior, queda terminada la operación. No es conveniente practicar lavados, y si acaso se hacen, tómense grandes precauciones para evitar una nueva infección que el traumatismo favorecería, ó bien una recrudescencia de la que ya existe. Debe procurarse un buen drenaje, sea por un tubo de desagüe, ó bien haciendo una especie de taponamiento de la cavidad purulenta. La operación es, pues, sencilla y practicando la incisión transversal, podemos llegar hasta la cavidad purulenta y vaciarla, aunque ésta sea muy lateral y hasta localizada en la trompa ó en el ovario.

No siempre la colección de pus es asequible por estos dos procedimientos. A veces está situada á tal profundidad que no se alcanza por ninguno de los medios apuntados, y en ocasiones el diagnóstico no es bastante seguro para que nos decidamos á correr los riesgos de la operación. Por esto algunos ginecólogos siguen el proceder de Laroyenne, sustituyendo la incisión con la punción, que se realiza con un trócar largo, ligeramente curvo para adoptarlo á la dirección de la vagina. Fijado el sitio donde se localiza el tumor, se punciona por medio del mencionado trócar; de esta manera verificamos una maniobra exploradora; y si sale pus, no sólo queda asegurado el diagnóstico, sino determinado el sitio

en que se halla la colección purulenta. Esta punción puede verificarse por el fondo de saco anterior, el posterior y hasta por los laterales, á condición de separarnos algo del diámetro transversal del cuello del útero y de explorar antes aquellas partes. Con el mismo instrumento con que se ha verificado la punción, puede desaguarse la colección purulenta, pues para ello la cánula tiene en uno de sus lados una ranura de seis ó siete centímetros; disponiendo aquélla en la mejor dirección posible, se introduce por la referida hendidura un bisturí que forzosamente alcanzará la cavidad purulenta, y entonces se abre lo que se desea. Este método tiene la ventaja de que con él realizamos una exploración; en efecto, si nada encontramos, una punción carece de importancia, pues no hay hemorragia ni accidentes, y en otro caso, sirve de primer tiempo para la verdadero colpotomía.

En ocasiones el pus coleccionado no es asequible por la vagina, tal ocurre cuando se empotra en el espesor y base del ligamento ancho, encima del elevador del ano ó hacia las cercanías del recto, encontrándose la colección purulenta más pronto por este órgano que por la vagina. Importa en tales casos asegurarnos de la naturaleza del tumor que percibimos, y una vez nos hayamos asegurado de que es una colección purulenta, imitaremos á la naturaleza, que abre estos abscesos en el recto eliminándose el pus. Como ya hemos dicho que el tumor es más asequible por el recto, hay quien propone puncionar éste; el procedimiento es de felices resultados á veces, pero de todas maneras el criterio que seguiremos será oportunista. Si la colección purulenta tiende á evacuar-se por el recto y observamos síntomas premonitorios de la abertura, quizás adoptaremos la indicación anteriormente expuesta con el fin de apresurar la salida de pus; antes de abrirse el absceso por el recto hay fenómenos de rectitis, como antes de abrirse un absceso sub-cutáneo preséntanse síntomas de dermatitis. Es lícito, por lo tanto, acelerar lo que naturalmente viene produciéndose, y con este objeto practicaremos la punción en el sitio más proeminente; esto tiene aplicación sobre todo cuando la flogosis reviste caracteres de agudez, pues en las formas crónicas corremos el riesgo de provocar peri-metritis fistulosas que no se cierran nunca y que se complican con facilidad por entrar en ellas las materias fecales, lo cual añade otra complicación á la que ya existía. Lo mejor en estas formas es abandonar la vía rectal y buscar otra por donde pueda obtenerse mejor la desinfección, que puede ser la vía perineal ó la sacra; siguiendo la primera fraguaremos un camino por el periné para llegar al foco purulento, abrirlo y desaguarlo. Para esto unos se valen de la incisión transversal, separando la vagina hacia adelante, el recto hacia atrás, y corriendo por el tabique recto vaginal hasta encontrar la colección purulenta; como ésta tiende á localizarse hacia un lado, en vez de la incisión transversal de uno á otro lado del periné, es mejor dar un corte lateral desde el gran labio hasta cerca del borde del ano. No es difícil llegar á la colección de pus, en tales ocasiones; lo que debe tenerse presente es que esta indicación se presentará pocas veces. Si no

queremos aprovechar esta vía y la supuración se ha difundido alrededor del recto, podemos recurrir á la vía sacra, incindiendo por la parte inferior el sacro y cóccix y penetrando en el espacio peri-rectal. Sin embargo, á pesar de que estas supuraciones son muchas veces de origen ginecológico, adquieren el carácter de peri-rectitis supuradas propias de la Patología quirúrgica.

Con todo y los métodos indicados, no todas las colecciones purulentas son asequibles por estas vías. Tal ocurre en ciertas formas supuradas que se abren espontáneamente en la vejiga, pudiéndose encontrar el foco purulento entre el pubis y la cara anterior vesical. Estas formas son rarísimas, pero vale la pena de recordarlas para saber que á veces de un modo inopinado puede aparecer una supuración en la vejiga, consecuencia de una para-metritis y que puede ocasionar la formación de trayectos fistulosos. Son también inasequibles las peri-metritis que se localizan en la parte alta de la pelvis, dejando libre la parte baja; en tales casos podremos practicar incisiones que no llegan á ser laparotomías, ó bien recurriremos á estas últimas de una manera directa. Según las condiciones del absceso emplearemos la sola incisión ó bien nos valdremos de la laparotomía previa; se trata, por ejemplo, de un absceso que ha venido hacia la fosa iliaca, que forma tumor hacia los lados, apreciable por la palpación, que se presenta adherido á la pared anterior, entonces está indicada la laparotomía conocida con el nombre de *transperitoneal*. Consiste la mentada operación en cortar á dos centímetros por encima del ligamento de Poupart, hacia la parte externa, respetar al peritoneo é irlo despegando hasta que estemos en el tejido celular de la fosa iliaca. En ocasiones se forma una cavidad supurada con adherencias á la pared anterior, y en este caso recurriremos á incisiones directas en el sitio donde se halla el abultamiento. Hay casos en que la incisión es urgente, pero no podemos operar de este modo, y es preciso hacer una laparotomía, ver en donde se halla el pus y darle salida, lo cual es muy delicado porque debe atravesar por el peritoneo sano. Trátase de pelvi-peritonitis que han originado colecciones purulentas, las cuales se encuentran profundamente y separadas de la pared anterior; para llegar á ellas será preciso incindir el abdomen, llegar al peritoneo, separar los intestinos y alcanzar la colección de pus. Después de esto puede unirse la cavidad purulenta á la incisión abdominal, ó bien, si las paredes que forman la bolsa no son bastante grandes para unir la cavidad á la herida, puede recurrirse á otro procedimiento. Podemos suturar la herida abdominal á la cavidad purulenta, dejándola reducida á la categoría de aquellas que no penetran en el peritoneo; cuando esto no es posible, débese abrir la cavidad purulenta, limpiarla y establecer un buen desagüe desde aquélla á la incisión del abdomen. Todo esto da buenos resultados cuando la colección purulenta es única, cuando es múltiple ninguno de los métodos antedichos puede servir; no sólo esto sino que en ciertas peri y para-metritis fistulosas que se abren en la vagina y recto, ocasionando á la enferma grandes molestias y produciendo fenómenos de infección, necesitamos que el trayecto fistuloso venga hacia otro punto; con lo

cual quizás logremos la curación. Nada podemos hacer cuando haya supuraciones difusas de la pelvis, en el fondo de saco posterior, base del ligamento ancho, trompas y ovarios, pues abierto un absceso vendría otro y sería cosa de nunca acabar; lo mismo que el absceso que se ha abierto en el recto y quedan cavidades supuradas que van infectándose, ó bien si aquél se abre en la vejiga ocasionando fenómenos agudos de infección; en estos casos podemos extirpar el útero para acabar con tales supuraciones practicando la llamada histerectomía evacuadora. Para proceder á la histerectomía vaginal, se abre el fondo de saco posterior, se elimina el pus, y al tirar del útero y de los anexos, salen trompas y ovarios supurados. Si no fuese así, quedaría un hueco en la pelvis, por donde espontáneamente y á las pocas horas viene á abrirse cualquier otra colección purulenta de la pelvis. Esta histerectomía resulta, pues, indicada cuando hay supuraciones difusas de la pelvis ó cuando existen muchos focos y no tenemos medios de establecer un buen desagüe. También puede servir el referido medio para establecer un desagüe terapéutico en los casos de fístulas consecutivas; como el foco purulento reside alrededor del útero, tenemos la seguridad de que al extirpar este órgano abriremos la cavidad del pus.

## Lección LXII

*De la histerectomía vaginal y de la laparotomía contra las infecciones crónicas del aparato genital.—Estudio de sus aplicaciones.—Comparación de ambas.—Múltiples aplicaciones de las mismas.—Resultados.*

La técnica empleada para la histerectomía vaginal evacuadora es el procedimiento de Doyen ó el de Martín. El primero no es aplicable siempre, porque uno de los síntomas de la enfermedad que estudiamos es la inmovilidad del útero; vale más, por lo tanto, aplicar pinzas de abajo arriba, ó bien ligaduras, desde la base de los ligamentos anchos, cortando luego y haciendo descender el útero al mismo tiempo, extrayéndolo á pedazos y haciendo la hemostasia previa. Esta operación no puede ser reglada, á causa de la inmovilidad del útero. A veces por las adherencias entre la cara anterior del recto y la posterior del útero, hay grandes dificultades, de aquí que es bueno incidir desde el fondo de saco posterior desprendiendo las adherencias, para abrir á la vez una serie de colecciones purulentas que se encuentran en estas regiones y movilizar el útero.

La histerectomía vaginal indicada ha recibido nuevas aplicaciones, como á las flogosis localizadas de los anexos, v. gr.: las salpingo-ovaritis. El tratamiento de esta enfermedad por la extirpación del útero, depende de muchas causas: como la facilidad con que quedaban trayectos fistulosos después de extirpar los anexos, los trastornos consecutivos dependientes de la metritis concomitante y

sobre todo la menor gravedad de toda operación vaginal respecto á una laparotomía. Con estos antecedentes sólo faltaba demostrar que por la vagina podían extraerse ovarios y trompas aunque estuvieran engrosados; es decir, que podía realizarse la castración total por la vagina; de esto se encargaron algunos ginecólogos, y así Müller y Doyen presentaron ejemplares en que después de extirpar el útero pudieron extraerse los anexos. Una vez demostrada la posibilidad de la operación se aceptó con gran entusiasmo, aplicándola á todas las flogosis del suelo pelviano ó á muchas de ellas. Veamos, pues, en qué consiste el acto quirúrgico y cuándo estará indicado. Realízase primero la hysterectomía vaginal previa y tras esto se extirpan los anexos; la técnica es la de Doyen pura ó modificada (hemisección total del útero). No presenta la operación grandes dificultades y puede realizarse como en los casos que ya conocemos.

Practícase primero una incisión circular por el fondo de saco, desprendiendo el útero de las adherencias que pueda tener con el recto, supuesto que éstas son las que menos permiten el descenso del órgano, y haciéndolo bajar, se corta el labio anterior del cuello y tras éste la pared anterior del cuerpo. Se hace bascular en seguida el órgano hacia adelante, se hace salir su fondo por la vulva, y así como en los casos ordinarios podemos dar la operación por terminada, en el caso presente viene el momento de extirpar los anexos. Si la basculación del útero hacia la vulva no es realizable por las muchas adherencias que pueden existir, en vez de emplear la técnica de Doyen recurriremos á la hemisección total del útero, no entreteniéndonos en incidir sólo la pared anterior sino todo el cuerpo. Partiremos el órgano en dos mitades hasta llegar al fondo, y así tendremos medio útero unido con los anexos de un lado y el otro medio con los del lado opuesto. Al llegar á este punto se coge el ángulo del útero con pinzas de anillos para sostenerlo y con la mano homónima, introduciendo un dedo por encima del cuerno del útero, vamos en busca de los anexos desprendiéndolos de sus adherencias. Después de salir los anexos practícase la hemostasia por medio de pinzas.

En muchos casos la operación resulta fácil, y parece mentira que trompas enormes puedan salir enteras por la vagina y la vulva. A veces la operación es accidentada, lo cual nos servirá para no admitirla como tratamiento general de las flogosis pelvianas. El estado post-operatorio de la enferma es muy tranquilizador, desde luego mucho más que el subsiguiente á una laparotomía: la operación que hemos explicado tiene menos gravedad, no deja el útero que puede ocasionar trastornos consecutivos y determina un tanto por ciento de mortalidad considerable menor. Esto hace que la operación se haya extendido mucho, aplicándose en casi todos los casos de flogosis pelvianas, lo cual indudablemente es una exageración que ahora va decayendo. La castración total por la vagina ofrece el inconveniente de tener que verificar la hemostasia con pinzas y de ser muy expuesta á heridas viscerales por las adherencias que puede haber con órganos de importancia. Adhiérense, por ejemplo, los intestinos delgados, y con

las tracciones que hacemos, en vez de desprenderse las adherencias, desgarramos el órgano; estas adherencias siempre han sido una grave contrariedad para emplear como método único é indiscutible la castración total por la vagina. En cambio con la laparotomía aparecen estas adherencias, si acaso existen, y no hemos de temerlas, porque no se presentan inesperadamente, ya que con la laparotomía podemos explorar mejor los anexos del útero. Indudablemente que la misma colpotomía puede ser exploradora, pero nunca operando por la vagina reconoceremos los órganos de la pelvis con tanta facilidad como desde el abdomen; además debe contarse con las ventajas de la posición de Trendelenburg y la facilidad con que desde el abdomen puede practicarse la castración total. De algún tiempo á esta parte, hasta parece que hay tendencia á abandonar la vía vaginal. La histerectomía vaginal tiene sus inconvenientes, y por esto se ha recurrido á la abdominal, que ofrece mayores facilidades. No se olvide que por la vía vaginal sobrevienen hemorragias que si no matan á la enferma no dejan de constituir un accidente desagradable: en esto se han fijado muchos autores para preferir la laparotomía. Tanto han variado las opiniones que hasta algún autor ha aconsejado comenzar la operación por el abdomen y seguirla por la vagina.

Por regla general, en los casos más sencillos puede operarse por la vagina, porque no será tan fácil que existan adherencias y podremos llevar á término felizmente la intervención. En cambio, si tememos los accidentes de la operación, preferiremos la vía abdominal, lo mismo que si sospechamos que uno de los anexos esté sano. En este último caso, para respetar el lado sano, y en el primero, porque la operación es más fácil por el abdomen y pueden solventarse mejor los accidentes. En ciertos casos de flogosis periuterinas que han dejado bridas pelvianas, deberemos recurrir á la operación de Hadra para cortarlas y evitar los dolores intensos y ataques de estrangulación que á veces determinan. ¿Obtenemos resultados beneficiosos de estas intervenciones en el curso de supuraciones pelvianas? Ciertamente que sí, pues el acto quirúrgico es muy tolerado y sus efectos son excelentes, todo lo cual hace que la enfermedad no merezca un pronóstico grave. Por otra parte, pueden observarse casos en que la operación es mucho más grave que en otros, y por esta razón deben contarse los casos fáciles con los difíciles para obtener una buena estadística. La mortalidad de estas intervenciones, comprendiendo la castración total por la vagina y la misma operación por el abdomen, oscila entre un cuatro ó seis por ciento respecto á la primera y un seis ó un ocho por lo que atañe á la segunda.

El estado general de las enfermas que han sufrido estas operaciones es inmejorable, y como aquéllas extirpan todo el aparato genital interno, bueno será decir cuál es el porvenir de la enferma respecto á las funciones de generación. Desde luego podemos dividir las enfermas en dos grupos, unas que estaban próximas á la menopausia y cuyo aparato genital de poco servía gracias á la intensidad y extensión de las lesiones, y otro grupo en el que entran enfermas

jóvenes, lejanas todavía del término de sus funciones genésicas; en el primer caso apenas si la mujer siente que se halla sin genitales internos y se hace menopáusica en una época en que ya le corresponde serlo. En el segundo grupo se presentan manifestaciones algo exageradas que corresponden á las de la menopausia, seguidas de molestias más ó menos graduadas; así ofrecen á veces trastornos nerviosos como los que acompañan á la menopausia fisiológica, llamadas en la cara por falta de pérdida menstrual y algunas mujeres, gracias á la sugestión, tienen fenómenos muy serios por no avenirse á la idea de la castración. A estas enfermas hay que prevenirlas antes de la operación. Un asunto muy discutido es la influencia de estas operaciones sobre la sensibilidad erótica, en el cual, como se comprende, no hay más que aducir datos y dejar que hablen los hechos. Mainzner, en un trabajo muy minucioso; afirma que las dos terceras partes de enfermas no sufrieron alteración alguna, hasta hay algunas que sufren cierta mejora en este sentido, pues durante la dolencia las funciones genitales están grandemente perturbadas; de la tercera parte restante, una mitad ven exageradas las funciones sensitivas del aparato genital y la otra mitad sufren una disminución ó bien ciertas desviaciones de los deseos venéreos. De todo ello se deduce, que estando la sensibilidad erótica sujeta á tantas variantes y sobreviniendo espontáneamente muchas alteraciones de la misma, las intervenciones indicadas influirán poco en ella. Ya sabemos que las funciones de relación, por decirlo así, del aparato genital están localizadas en la parte externa, y como al fin y al cabo la que se extirpa es la interna, puede creerse que la operación no influirá gran cosa en aquéllas. Recordemos además que la sensibilidad erótica aparece en época tardía de la vida de la mujer, y que muchas enfermas, después de las operaciones indicadas, ofrecen como un mayor desarrollo de aquélla, lo cual no indica que la maniobra quirúrgica haya exagerado los deseos venéreos, sino que éstos habrían sufrido un desvío. También debe tenerse en cuenta que en algunas enfermas en que la sensibilidad erótica desaparece, hubiera también ocurrido así sin estas intervenciones. Yo creo que estos hechos tienen mucha importancia, porque tratándose de estas indicaciones, las enfermas suelen vacilar y á veces no las aceptan, creyendo que van á quedar inhabilitadas para las relaciones sexuales; tanto la paciente como sus allegados, se preocupan mucho de lo que puede ocurrir en este concepto, y la idea vulgar de que una vez extirpado el útero, la mujer queda inhabilitada para el acto genésico, tiene mucha fuerza entre ellos.

Sea como sea, en nuestro país las mujeres, en general, temen las operaciones expuestas, no sólo por lo dicho, sino porque temen perder los goces de la maternidad, y digo temen, porque de hecho ya los tenían perdidos á consecuencia de la enfermedad. Parece que en otras partes, por el contrario, hay mujeres que desean acogerse á tales intervenciones, sin indicación terapéutica, para gozar de ciertas inmunidades.