

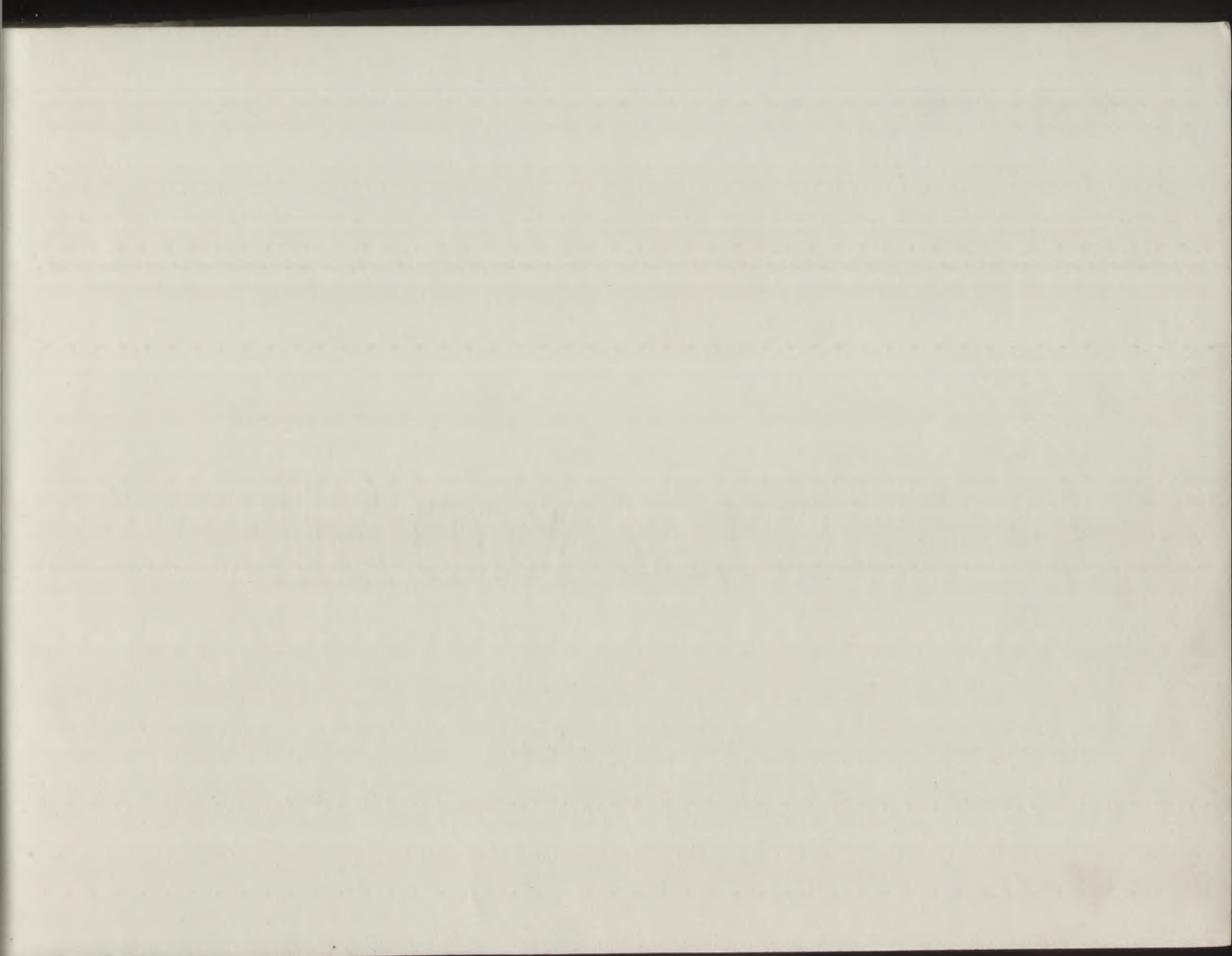
Oportunidad en el tratamiento de las anexitis.

Tesis de doctorado

por

D. José M^a Nadal Noguera

Licenciado en Medicina y Cirujía ex-alumno interno pensionado por oposición de la Facultad de Medicina de Barcelona.



Excmo Sor.



Obligado a presentar una tesis para recibir el grado de Doctor, intentaré hacerlo sobre una de las materias que durante el curso de mi carrera médica haya notado más predilección. Mi afición a los estudios de Ginecología, mi cualidad de alumno interno en estas clínicas durante la mayor parte de mi internato y el complemento que de estos estudios hice en los hospitales Broca y Bandelocque de París son las condiciones que me deciden a encabezar mi tesis con el enunciado - Oportunidad en el tratamiento de la anexitis.

Conste, sin embargo, no tengo la pretensión de exponer nuevos conceptos en tan debatido asunto, antes bien fiel a la observación

de los casos tratados por mis sabios maestros, á los que dirijo desde aquí la expresión de mi reconocimiento, solo deseo exponer de una manera compendiada cuanto sobre este punto he consultado; y por el resultado de los casos por mí observados, la conducta que creo conviene seguir en cada caso concreto.

Oportunidad en el tratamiento de las anexitis. —

Tema es este que ha sido muy debatido, habiendo motivado polémicas en varios Congresos y Academias, si bien el carácter recalcitrante de las mismas ha impedido llegar á un acuerdo. No hace mucho tiempo que habiendo llegado la Cirugía á su apogeo, parecía que en presencia de una salpingo-ovaritis el ginecólogo debía intervenir siempre; pero hoy reflexionando sobre las consecuencias operatorias, sobre la importancia del órgano

en que recaen, sobre la influencia en el resto del organismo conocida desde los estudios de Brown-Sequard, y hasta las trascendencia social que entrañan, ya que la operación radical original la esterilidad, se ha entrado en una reacción conservadora ó mejor dicho oportunista ya que la castración tiene sus indicaciones bien sentadas.

Siendo las supuraciones pélvicas, resultado de una infección propagada las más de las veces por vía genital, ya uretral, ya linfática, interesa conocer la naturaleza de la infección y la vía que esta ha seguido; puede también la salpingo-ovaritis ser debida á una infección intestinal y especialmente á una apendicitis, por las relaciones de contiguidad que existen entre el apéndice y la trompa, y la existencia en el ligamento apéndice-ovarico de linfáticos comunes á es-

los órganos demostrada por Clado y Vallin - Recuerdo el caso de una joven primipara, observado en la clínica oficial de la Facultad de Barcelona que durante el puerperio adquirió la viruela y al llegar al periodo de supuración se presentaron lesiones anales - Recuerdo también el de otra joven nullipara, con tifoidea, en cuyo último septenario se presentó un flemón pélvico de dimensiones exageradas, pues la macida llegaba hasta el ombligo: no había antecedentes gonocócicos. (caso observado en la Sala Sta. Eulalia del Hospital de Sta. Cruz Barcelona).

No obstante, estas formas son raras, comparadas con las de origen genital, de las que preferentemente he de ocuparme y se comprende pues en las vías genitales encuentra la infección un campo abonadísimo, de una parte su comunicación

directa con el exterior y de otra lo inaccesible de su mucosa, debido á su profundidad, impiden aplicar un tratamiento directo favoreciendo no solo la infección sino entreteniéndola una vez establecida; además la esterna herida uterina que sigue al parto, la retención en casos de aborto y hasta las mismas heridas microscópicas que acompañan á la menstruación constituyen un peligro inminente.

Cierto es que en algunos casos la infección queda limitada al útero (sobre todo cuando es debidamente tratada) más no siempre se obtiene ese feliz resultado, sino que la infección se propaga á los órganos vecinos.

Gonococia y puerperalidad son pues los dos grandes factores de las afecciones anexas: las estadísticas de Hartman, Segond Potocki, Esquerdo, Hargis etc. así lo comprueban.

No deseo profundizar mucho en esta cuestión de etiología, supongo sería extralimitarme, pero vista la importancia de la misma, juzgo útil insistir algo en ella.

Respecto á la gonococia sin criser como algunos (Langer, Rosthom) que opinan que á ella se deben casi todas las salpingitis, no dudo es la causa mas frecuente: en efecto la cronicidad y rebeldia por el gonococo originadas de algunas metritis, hace que la lesión prograse en la vecindad del foco de contaminación.

Si bien no hay tratamiento alguno, capaz de destruir el germen virulento, del conocimiento de la naturaleza de la infección, deducimos no solo la gravedad de la misma, sino que podemos instituir un tratamiento indirecto, que aumente las energias orgánicas y disminuya las

causas que favorezcan la infección, con lo cual logramos que esta no progrese y se localice limitando en extensión.

Ahora bien. - Cuales son los microorganismos causantes de estas infecciones? Por las estadísticas que he consultado, y por los casos que he observado deduzco que en la mayoría de los casos el estreptococo y el estafilococo son los agentes responsables de las inflamaciones anexas a las post-puerperales o post-abortivas, y cuando dichas lesiones son independientes de la puerperalidad, debemos sospechar el gonococo. A los microorganismos citados sigue en importancia el tuberculoso, el cual puede localizarse lo mismo en el ovario que en otros órganos de la economía; la lesión en este caso suele ser crónica desde el

principio, pero á veces se manifiesta de una manera aguda y en estos casos cuando la lesión llega á supurar no se encuentra en el pus el bacilo de Koch, sino que este ha servido para abonar el campo en donde se han desarrollado los microbios de la supuración: en comprobación á esto puedo citar un caso operado por el Doctor Cardenal, se trataba de una mujer de 20 años, virgen, amenorréica que cuando niña tuvo un hidro-peritoneon y en la actualidad presentaba un tumor en la parte media del abdomen y algún tanto lateralizado hácia la fosa iliaca izquierda, la cual era maciza y cuya macidez no variaba con el cambio de decúbito.

El diagnóstico osciló entre una peritonitis tuberculosa enquistada y un quiste ovario ó del mesenterio, la enfer-

ma habia presentado recargos febriles, se laparatomizó y se encontraron grandes masas tuberculosas que invadían todo el abdomen, peritoneo anexos e intestinos. Se dió salida al líquido ascítico y queriendo desprender una masa tuberculosa adherida al fondo de Douglas, salió una gran cantidad de pus e investigando más se encontró una infiltración purulenta del peritoneo pelviano y tejido celular. Examinado el pus al microscopio no pudo hallarse el bacilo tuberculoso y si abundantes pio-genos.

Intervienen tambien, si bien con menos frecuencia el coli-bacilo, el pneumococo etc. ya solos o asociados a los anteriores.

En las formas crónicas el pus suele ser estéril, pues ha habido tiempo para que el organismo se defendiera, agotan

do la virulencia de la infección.

Las desviaciones uterinas, trastornando la circulación y la esclerosis del cuello, reteniendo productos sépticos constituyen causas abonadas para la infección.

Como quiera que es difícil comprender una lesión inflamatoria limitada exclusivamente al ovario o la trompa, es por lo que las designaré con el nombre de anexitis, si bien reconociendo que la lesión predomina en la trompa, cuando la infección es de origen local, y en el ovario si es de origen general, predominando en aquellas las lesiones endosalpingíticas y en esta las perisalpingíticas.

En términos generales pudieran las inflamaciones anexiales dividirse en agudas y crónicas y estas a su vez en circunscritas y difusas entendiéndose por tales las que

no se limitan solamente á los anexos sino que invaden los órganos vecinos.

Pero las lesiones que acompañan á las infecciones anexiales pueden ser variadísimas en estension, gravedad, profundidad etc. y ello ha obligado á los cirujanos á proponer clasificaciones diversas, pero mas concretas al fin, para servir de base á un tratamiento adecuado.

Es debido á las sorpresas con que frecuentemente se encuentra el operador, al abrir el abdomen por el hallazgo de las variadas lesiones á que me refiero, sospechadas á veces, ignoradas otras. En efecto pueden limitarse á la trompa, ó al ovario ó afectar los dos á la vez, pueden ser unii ó bilaterales, respetar ó interesar al peritoneo, estableciendo en este caso adherencias que unen entre

si' los distintos órganos contenidos en la pelvis menor y en cuanto á la naturaleza de la lesión ofrece una gama de límites extensos, desde una ligera hipertrofia de las paredes de la trompa hasta la producción de enormes bolsas purulentas caben todos los posibles intermedios. En una palabra, pueden observarse desde las lesiones mas ligeras y fugaces á las más profundas y crónicas.

Hasta tal punto llega la diversidad, que es difícil encontrar dos lesiones anexiales idénticas y aun tratándose en una misma enferma evolucionan diversamente en cada uno de los lados. - en uno domina la lesión en la trompa en el opuesto en el ovario, lesiones que ó bien quedan aisladas ó se convinan en forma tan varia que hacen difícil de las mismas una descripción clásica.

Pero para las necesidades de la clínica, se hace imprescindible una clasificación - Teamos las propuestas.

Unas se basan en la naturaleza del agente infeccioso, otras en el carácter histológico de sus lesiones, formando aisladamente ya para las salpingitis, ya para las oovitis, clasificaciones racionales y legítimas, pero que no responden a las necesidades clínicas; pues salpingitis producidas por microorganismos diferentes pueden dar los mismos síntomas al paso que anesitis histológicamente idénticas pueden presentar tales variaciones que ó bien parecen desapercibidas por su pequeño tamaño ó lo adquieren considerable y en cambio lesiones anesiales de naturaleza anatómica diferente se asemejan clínicamente. He aquí pues el defecto capital de las

mentadas clasificaciones, siendo por tanto preferible adoptar una de base mixta anatomo-clínica como la de Porti que está basada en la transformación de la trompa enferma en cavidad quística, que por esta razón aumenta de volumen adquiriendo un carácter clínico diferente.

Porti las clasifica en salpingitis simples y quísticas; es esta una de las buenas clasificaciones que si algún defecto puede achacársele es el limitarse á la trompa y prescindir del ovario. Una salpingitis simple puede ir acompañada de un grueso ovario transformado en bolsa purulenta y dar lugar á los mismos signos que una salpingitis quística. Claro está que estrictamente considerado y tomando las cosas por su nombre es imposible reunir las salpingitis y ovaritis en una mis-

ma clarificación, pero práctica y clínicamente prescindien-
do del rigorismo anatómo-patológico exclusivo, se impone.

Cuando en los anexos hay una cavidad quística, po-
co importa que esta se haya desarrollado en el ovario o de-
penda de la trompa. Los signos son los mismos, la con-
ducta a seguir idéntica y no tan solo eso sino que fre-
cuentemente abierto el abdomen y con las piernas en la
mano no es posible afirmar nada.

Por eso Faure, con muy buen sentido propone la
siguiente clarificación modificación de la de Porri:

- 1 Salpingo-ovaritis simples - a) catarrales b) purulen-
tas
- 2 Salpingo-ovaritis quísticas a) hidroalpinas; b) hema-
toalpinas; c) piozalpinas.

Entre las catarrales y purulentas no existe dife-

rencia esencial pues son estadios diferentes de evolución de un mismo proceso, así toda salpingitis purulenta principia siendo catarral y toda salpingitis catarral se acompaña de extravasación leucocitaria.

En las diferentes clases de lesiones quísticas, es imposible saber antes de intervenir, de cual de ellas se trata salvo contadas excepciones.

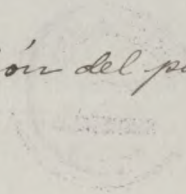
La base de esta clasificación y norma a su vez del tratamiento, consiste en la permeabilidad u obliteración de las trompas.

Pero, con todo, no es absoluta la diferencia entre las simples y las quísticas, sino que en estas, las lesiones se encuentran más avanzadas y conocido es el proceso en virtud del cual las salpingitis simples se convierten en

quísticas, cuya transformación es debida al mecanismo de obliteración de la trompa; por lo que se refiere al orificio interno o uterino no hay obliteración anatómica (de 94 trompas examinadas por Raymond solo encontró una de obliterada) pero los líquidos retenidos en su interior no pueden salir sino muy difícilmente, debido á hincharse de la mucosa, hipertrofia de sus paredes, falta de flexibilidad de los tegidos, acodaduras y sinuosidades en el origen del trayecto tubario cuya presión recíproca, cierran el paso al contenido, máxime cuando el exudado suele ser espeso y el orificio estrecho.

Estas son las circunstancias por las cuales el ostium uterinum queda fisiológicamente obstruido.

Veamos ahora el mecanismo de obliteración del pabellón.



El orificio peritoneal es el que primero se oblitera, lo cual es una garantía pues de lo contrario, la salida de escudado por el mismo acarrearía una peritonitis, que si bien localizada gracias á las adherencias podría en un momento dado generalizarse rápidamente: pero cuando se combina con la obstrucción del orificio interno las secreciones quedan encerradas y la salpingitis quística constituida.

Para comprender la obliteración del orificio externo preciso es recordar que la parte externa de las franjas del pabellón está recubierta por el peritoneo; á esta parte recubierta por esta serosa se deben las adherencias por las que se logra la obliteración: la mucosa, por tanto, no interviene en el mecanismo de esta obstrucción que es obra exclusiva de la serosa.

En efecto, bajo la influencia de la infección, las fran-

jas del pabellón se modifican, se hinchan, se espesan, adhiriéndose unas á otras por sus bordes y aproximándose lentamente, el diámetro del pabellón disminuye acabando por ponerse en contacto, entonces espesándose y replegándose sobre sí mismas, se encogen y entran en el pabellón ya están en contacto las superficies serosas las adherencias no tardan á establecerse y la obliteración es un hecho: en otros casos la constitución de la bola es diferente.

La trompa dilatada comunica con una cavidad quística del ovario, de modo que trompa y ovario contribuyen á la formación de la bola.

En ciertas circunstancias la trompa y el ovario comunican por intermedio de una bola abierta por sus dos extremos, bola artificial formada por adherencias de una

peritonitis localizada.

Vemos pues que el mecanismo de obliteración es variado, pero clínicamente no basta conocer el hecho de impermeabilidad.

Actualmente la Cirugía es eminentemente conservadora y la Ginecología como rama derivada de la misma lo es también. Sin embargo la fase quirúrgica de la Ginecología es moderna, desde el día que la Cirugía abdominal extendió sus vuelos pudieron los clínicos apreciar en el vivo la evolución de las distintas lesiones anexiales, cambiando por tanto radicalmente el concepto que de las mismas tenían por algunos datos que en las autopsias hallaban, si bien mal estudiados e interpretados.

Desde entonces la Ginecología entró en una nueva era,

quirúrgica preferentemente, dentro la que continúa encan-
rada por su triunfo. Esta era se inicia en 1842 por Lawson
Tait y la historia anatomo-patológica, clínica y terapéuti-
ca cambia completamente.

Los ginecólogos de todos los países han aportado su
grano de arena a esta labor. En España ha recibido gran-
des impulsos después de los trabajos de Cardenal, Gutiérrez,
Fargas, Recasens etc.

En Francia Ferrier, Cornil, Segond, Ferrillon, Pozzi, Do-
yen, Faure etc. han sentado las bases de esta nueva fase.

El tratamiento de estas afecciones puede ser médico
ó quirúrgico y este conservador ó radical.

Raras veces de buenas a primeras, está indicada la
operación radical, si no ser que peligre la vida de la

enferma, pues en este caso es de carácter vital, ya que la irrupción de pus al peritoneo o su difusión será mortal. Antes de decidirse a practicar tal o cual operación, conviene tener en cuenta ciertas circunstancias como son, edad, origen de la afección, naturaleza microbiana, aguda o cronicidad, unilateralidad o bilateralidad seguridad en el diagnóstico etc. cuyos factores intervienen de un modo decisivo en la operación que se ha de elegir.

Edad - Es un factor que debe tenerse en cuenta, toda vez que es sabido que las lesiones anesiales son casi exclusivas del período de actividad del aparato genital y fuera de este período son rarísimas; de modo que en las anesitis en las que es posible contemporizar (y son las que no sonquisticas) si la edad es avanzada, prudente es esperar a que se

establezca la menopausia, en cuya fecha desaparecerán los trastornos, dolores y sufrimientos que á veces son tan intensos aun en la forma catarral.

Unilateralidad ó bilateralidad.—Al principio las lesiones están localizadas á un solo lado, pero si persisten durante tiempo y el tratamiento médico fracasa, al apelar al tratamiento quirúrgico ha habido tiempo para que se afectasen los anexos opuestos por intermedio del útero.

Agudez y cronicidad.—La mayor mortalidad en las operaciones que requieren estas afecciones, se observan durante el periodo agudo, en el que la virulencia del pus se exalta y aumenta la sensibilidad de la serosa peritoneal; conviene por tanto, á no ser que se trate de casos excepcionales, diferir la intervención para mas tar-

de, pues operando en « frío » obtendremos resultados favorables y es que en estos casos el organismo es tanto mas tolerable y por tanto la operacion resulta mas inocua a medida que la enferma va adaptándose a su lesion, para en este caso lo que ocurre en la apendicitis por ej. que despues de la fase aguda, el enfermo tolera mejor su padecimiento, las lesiones se circunscriben, el pus pierde su virulencia, el enfermo recobra sus energias y puede exponerse con mas garantias a una intervencion quirurgica.

Prudente sera abstenernos de intervenir, durante el puerperio pues en caso contrario nos exponemos a inocular productos septicos por la solucion de continuidad producida, cuyos productos se hubieran indudablemente aislado y enquistado; ademais como que durante este perio-

do los linfáticos subserosos del peritoneo aumentan en número y actividad, aumenta la superficie absorbente, debemos esperar que desaparezcan estas condiciones especiales dependientes del estado grávido. Las supuraciones pelvianas que se presentan durante el puerperio radican en el tejido conjuntivo peri-uterino, teniendo por origen los desgarreros del cuello y avanzando la infección por vía linfática, hasta el fondo de saco posterior siendo en general muy virulentas.

Mientras dura la agudez de los síntomas, la exploración ha de ser muy superficial a causa de los dolores uterinos que la enferma acusa durante la palpación siendo imposible comprobar los límites de la lesión.

Parada ya la agudez, la palpación puede ser mas

detenida, permitiendo diagnosticar con bastante precisión.

Los casos excepcionales á que me he referido y en los cuales la operación ha de ser inmediata son segun Bonilly -agravacion continua, fiebre y dolor despues de los 20 dias, aumento de volumen de los absesos y amenaza de abertura espontanea en órganos inmediatos ó fiebre tética y desnutrición general de la enferma.

Adherencias. - Tienen estas gran importancia bajo el punto de vista operatorio, pues constituyen por su presencia la principal dificultad y el mayor peligro en las intervenciones anexas. Su consistencia ó solidez dependen de la virulencia y antigüedad de la infección.

Ademas como quiera que esas membranas son abundantes en linfáticos, establecen con ellos relacion los

de las bolsas anexiales con los órganos vecinos. - La presencia o ausencia de las adherencias, en friabilidad o resistencia deciden muchas veces el éxito de una intervención.

Siendo hoy el ideal de la Terapéutica el conocimiento del mecanismo patogénico, pues sabido es que cuando es accesible a nuestros medios es susceptible de detener o curar la enfermedad, será de suma utilidad conocer la vía que ha seguido la infección. - Supongamos por ej. una anexitis consecutiva a una metritis, cuyo origen sea una exploración séptica, si en este caso desinfectamos bien el útero, lo descongestionamos etc. la lesión anexial o curará o se estacionará según el período en que se hallaba.

Y si he citado todos estos datos es para tener una norma en la cuestión de tratamiento.

En los casos agudos ya he expuesto la conducta que hemos de seguir—; esperar y durante esta tregua usar el tratamiento médico que luego indicaré para las salpingitis crónicas, conviene por tanto no apresurarse, á menos de peligro inminente pues sabido es que con solo el tratamiento médico pueden no solo mejorar sino curar.

En los casos crónicos conviene hacer la distinción en quísticas y no quísticas, pues al paso que en los primeros creo indicada siempre la intervención radical, en los últimos tenemos varios medios á ensayar antes de poner en práctica tan extrema resolución.

No todos los ginecólogos son de este parecer, pues mientras unos proceden siempre radicalmente, otros opinan lo contrario y entre estos dos extremos hay algunos intermedios.

La indicación terapéutica no debe estar á capricho del ginecologo, sino que ha de deducirse de los síntomas que la enferma presente.

Entre los síntomas que se presentan hay la esterilidad contra la que se ha aconsejado la operación conservadora llamada Salpingostomia, destinada á hacer recobrar la permeabilidad á la trompa; por racional que parezca tal intervención fracasa á menudo lo que depende de que la causa de la esterilidad no es debida siempre á la mujer, y aun que en estos casos cure, como que es meramente infectada, resulta inútil.

El raspado uterino y las intervenciones que en este recaen están contraindicadas en casos de salpingitis, por el peligro de que contengan gérmenes en los sacos tubarios,

de modo que en estos casos hemos de procurar la curación de la salpingitis y solo una vez lograda, esta obrar sobre el útero.

Otro de los síntomas objetivos y que molesta más á las enfermas es la leucorrea. acudiendo al ginecologo en demanda de tratamiento: hay quien prescribe en estos casos solo irrigaciones antisépticas y astringentes, otros practican la dilatación uterina pretendiendo dar curso no solo á la secreción uterina sino tambien á la de la trompa, otros tratan la metritis esperando curará sola la salpingitis, no faltando quien obra siempre radicalmente.

Operar radicalmente en estos casos, es siempre prematuro, á no ser que vengan peligros ó complicaciones que á ello nos obliguen, pues como la salpingitis suele ser

doble. la extirpacion tendria que ser total, lo cual acarrearía la esterilidad, siendo por tanto tan grave el remedio como la enfermedad: ahora desde el momento que se hacen peligrosos los sintomas, la intervencion se impone sin haber pasado la oportunidad.

La escuela francesa y Dolereis y Le-Dentu principalmente recomiendan para la curacion del catarro tubario, el tratamiento uterino, dilatacion, irrigacion raspado, taponamiento etc. medios no exentos de peligro por la probabilidad de caer gérmenes en la cavidad peritoneal si es que los hay en la trompa, y como que aunque en estos casos se obtenga resultado, viene la recidiva si la mujer se expone de nuevo á la infeccion, lo mejor en estos casos para evitar estas molestias es

el reposo y en los casos en que la mujer no puede sustraerse á la infección, la intervención radical pues son tantas las molestias y sufrimientos que pesan sobre la mujer que no es fácil se arrepienta por la pérdida de sus genitales, tanto mas cuanto los trastornos ulteriores debidos á la castración son tanto mas atenuados cuanto mas graves son las lesiones que la han motivado.

Las hemorragias uterinas, son á veces síntoma de lesiones de la trompa y su diagnóstico no puede siempre hacerse con facilidad á pesar de lo cual conviene precizarlo para poner en práctica un tratamiento racional pues conocido es el arraigo que hay de raspar el útero siempre que haya menorragia ó metrorragia.

Como que tales hemorragias son poco abundantes, aunque á menudo persistentes, suelen bastar las irrigaciones de agua caliente, el uso del *hydrastis viburnum prunifolium*, *pisacidia erythrina* etc. solo cuando esto no da resultado y hay verdadera necesidad, usaremos el raspado con todas precauciones procurando no movilizar el útero para no romper adherencias peritoníticas.

El tratamiento operatorio radical por las hemorragias es excepcional pues aunque sean frecuentes, en cantidad es pequeña y la vida no peligra.

El dolor producido por las afecciones tubarias ó inflamaciones peritoníticas concomitantes, suele aparecer en forma de accesos que repiten con mayor ó menor frecuencia é intensidad según los casos pudiendo acom-

pañar fiebre á estos accesos: los dolores subjetivos que manifiestan á veces estas enfermas, convendrá relacionarlos con el estado general y los datos que resulten de la exploración, para comprobar si estos dolores son reales ó exagerados por neuroicismo, á fin de no exponerlas sin motivo á ninguna operación inutiladora.

El tratamiento en el momento del acceso consistirá en aplicación de hielo sin situar, en pomadas de ictiol de opio aplicadas tópicamente y hasta á veces, revulsión hipogástrica con vegigatorio ó con la punta misma del termo-cauterio.

Si el dolor es muy intenso pueden administrarse inyecciones de morfina ó enemas con lándano; como se ve este tratamiento es puramente sintomático y am-

que el acceso se corrija, la enfermedad persiste. Pasado el acceso lo mas útil es el reposo.

Solo la intensidad y frecuencia de los accesos y la aparición de fiebre crónica son signos que indican la urgencia de la intervención.

He aquí el tratamiento sintomático y el conservador, de modo que casi de una manera sistemática convendría recomendar á estas enfermas con salpingitis crónica sin oclusión de la trompa reposo físico y sexual, pues á la par que obra como descongestionante el primero, se opone á nuevas infecciones el segundo; constituye el reposo en estos casos la base del tratamiento, toda vez que ponemos á la enferma en condiciones para la curación espontánea y siendo suficiente este medio en muchos

casos, lógico es principiar siempre por él. El reposo debe guardarse en cama, no debiendo transigir bajo ningún pretexto y en cuanto á su duración depende de la intensidad de los síntomas y de su evolución: caso hay, en que bastan dos semanas, mientras que otros deben prolongarse dos meses y aun más, pero siempre hemos de estar á la mira de una posible agravación para cambiar de rumbo, sustituyendo esta expectación con los medios mas enérgicos con que hoy nos brinda la Cirujía y aun en ausencia de toda agravación si pasados dos meses de guardar reposo la mujer, las lesiones si bien han menguado bastante, restan estacionarias, poco ó nada podemos ya esperar y preciso es decidirnos pronto si queremos intervenir con éxito y no perder tiempo,

durante el que la enferma se demacra disminuyendo las probabilidades del resultado operatorio.

Además las irrigaciones vaginales muy calientes son consideradas como uno de los mejores medios que obran descongestionando el útero y provocando la reabsorción de los coágulos pelvianos: estas inyecciones se practican habitualmente con sustancias antisépticas preferentemente el sublimado, pero la favorable acción de las mismas se debe a la temperatura y no a la acción microbicida del antiséptico empleado a menos de tratarse de una vaginitis concomitante; pero las irrigaciones vaginales por bien practicadas que sean, por más que la mujer esté hechada al tomarla, el agua apenas se detiene en la cavidad vaginal ra-

siendo frecuentemente, sin ponerse en contacto con las bolsas purulentas que se hallan al nivel de las trompas y aun á veces mas elevadas: de ahi la indiscutible superioridad que sobre las mismas tienen los enemas de agua caliente, la accion de estos es notoria sobre las trompas y caudados peri-uterinos. La temperatura de estos enemas debe ser de 50° y poco abundantes al principio (200 á 300 g^s) aumentando progresivamente á medida va estableciendose la tolerancia, procurando retenerlo hasta que el agua se haya enfriado equilibrándose con la temperatura del cuerpo. El uso de este medio es muy recomendable por la actividad circulatoria que imprime á los órganos contenidos en la pelvis menor, separados tan solo de las delgadas tunicas intestinales, del agua contenida en la

ampolla rectal, no tardando en apreciar visiblemente los buenos resultados del mismo.

Recomiéndase también el uso de los supositorios de ictiol o de glicerina y gelatina simplemente. Bajo la influencia de estos medios tan sencillos y al alcance de todos, se ven mitigar todos los síntomas, tanto objetivos, como subjetivos, hasta el punto de que las mismas enfermas que pedían al principio de su afección que se las operase, se creen curadas. El ginecólogo ha de hacer comprender á la paciente, que la remisión de los síntomas que aquejaba no es más que un alivio transitorio y que su duración será tanto mayor cuanto más dure el tratamiento.

De ahí surge una división en el tratamiento de la misma afección según la posición social de la enferma.

La enferma de la clase proletaria no puede prolongar el tratamiento conservador: el tener que trabajar para ganarse la subsistencia le obligan a abandonar pronto el tratamiento y volver al trabajo, circunstancias estas que no tardan en producir la recaída no habiendo, por tanto logrado otra cosa que un retardo en la operación radical.

La enferma de la clase acomodada se encuentra en condiciones opuestas, puede cuidarse y seguir el tratamiento el tiempo necesario asociándolo con la permanencia en el Pulvario que contribuye con el reposo y coadyuva con la sugestión alimentación etc. a la pronta curación de la enferma.

Que con estos medios tan sencillos se logran á ve-

ces curaciones sorprendentes, está en el extremo de todos, verdad es esa que no exige demostración, pues los datos son tan evidentes que basta para convencerse, tener en cuenta el crecido número de curaciones por estos medios obtenidas, comprobable ante cualquier estadística: durante el curso académico de 1901 á 1902 en la Clínica Ginecológica oficial de la Facultad de Barcelona á cargo del Dr. Bonet, estuvieron 4 enfermas con anexitis post abortiva de la que salieron completamente curadas, con estos medios, librándose de la intervención.

Asimismo debo hacer constar el resultado del tratamiento empleado en la clínica del Dr. Alvaro Esquerdo del Hospital de Sta. Cruz en más de sesenta casos que constan en las estadísticas facilitadas por el interno Señor

Salazar, muchos de ellos por mi observador se deduce que una tercera parte aproximadamente curaron solo con el reposo y las irrigaciones calientes.

El masaje y la electricidad son medios que solo se usan en determinados casos, siendo indispensable precisar bien el diagnóstico a fin de no obtener resultados funestos según Pozzi el masaje está indicado para combatir los dolores producidos por restos de antiguas inflamaciones, adherencias, bridas etc. por las cuales se procede a veces con sobrada ligereza a una laparatomía. Debe aplicarse, pues solo en los casos de salpingitis crónica sin tumrocción bastando dos o tres veces por semana y en sesiones de diez minutos de duración, consistiendo en hacer suaves presiones de fuera a dentro o sea hacia el útero. En los casos de colec-

ciones quísticas conviene abstenerse de este medio que sería altamente peligroso.

He insinuado ya la práctica de algunos autores que para curar la aneuritis, obran indirectamente por medio del útero, obteniendo á veces buenos resultados temiendo este proceder fervientes adeptos.

Unas de estas prácticas se dirigen sobre el cuello, otras dentro la cavidad: las primeras son inofensivas pero de acción muy problemática por lo que se refiere á su eficacia en las leiones aneuriales; respecto á las últimas el criterio de los ginecólogos es opuesto, tanto por lo que se refiere á la aplicación de lápices medicamentosos, como el medio propuesto por Valton de la dilatación, seguida de un drainage prolongado, medio que ha dado en manos de Savadie Lagrave, número

ros éxitos.

La dilatación fracara á menudo, y á cambio de curar en contados casos, en otros puede agravarlos y determinar brotes agudos inquietantes, pero cuando mas hay que temer es cuando á la dilatación sigue el raspado que es el causante las mas de las veces de los accidentes á que me refiero.

Si la dilatación se practica con cautela, seguida de drenage, posible es la descongestión y mejora de las trompas; no se sabe de fijo á que fenómeno atribuir este hecho habiéndose ideado varios mecanismos. Se creia al principio que por la dilatación uterina se habia el ostium uterinum evacuándose de esta manera las trompas de los caudados patológicos que contenian; pero

las experiencias realizadas por Porak son contrarias a' esta teoria, demostrando que la dilatacion rara vez llega al fondo del utero. Le Douarin cree que el tejido uterino se reblandece y por este hecho disminuye la resistencia al nivel del osimum uterinum. Landau supone es debido al enderezamiento del utero que estaba en ante-flexion cuyo angulo retenia los productos purulentos. Explicaciones estas que pueden satisfacer en determinados casos pero que no constituyen la regla.

Por lo que se refiere al raspado no se comprende como puede obrar por estos mecanismos e influir en la evacuacion y desinfeccion de las trompas.

Los partidarios de estas practicas se apoyan en los resultados obtenidos.

En cambio Veit, Pozzi, Kaure y muchos otros creen inprocedentes estas prácticas rechazándolas tras una crítica razonada y juiciosa calificando las pretendidas curaciones de errores diagnosticos.

Si en un caso de anexitis hay metritis concomitante, debe tratarse aquella antes que esta, y si alguna salpingitis han curado tras un raspado, podemos decir que han curado apenas del mismo gracias al reposo, al drenaje y otra serie de cuidados inherentes a tal intervención.

Hemos de convenir por tanto que el arranque brutal de la mucosa uterina abre innumerables vías linfáticas en un medio ya infectado, apto para reinfectarse de nuevo mediante linfangitis mas o menos violentas.

susceptibles de obrar á distancia en los afecciones ya sufridas.

Esto es un hecho comprobado y los efectos agudos á consecuencia del raspado no son raros; es por tanto ilusoria la hipótesis de Poulet quien cree que el raspado obra desobstruyendo el orificio interno de las trompas á la par que produciendo una reacción favorable.

Si el raspado puede mejorar algunas lesiones puede también agravarlas. De ahí el sano consejo de la abstención.

En los casos agudos la lesión que no ceda al reposo y drenaje no cederá á la cucharilla. En los casos crónicos si conviene intervenir podemos elegir otras operaciones racionales con bastantes mas probabilidades de

resultar eficaces.

Acerca el cateterismo de la trompa solo diré cuatro palabras que serán para procribirlo, pues si bien ha sido propuesto solo se ha realizado por azar y sería quimérico intentarla para ir en busca de graves accidentes, pues si en el cadáver con el útero en la mano y estando abierto es imposible casi siempre introducir una sonda, atendiendo á las dimensiones del ostium uterinum, ni aun forzando el orificio, fácil es comprender la imposibilidad de practicarla en una enferma: no debemos pues esperar nada de este medio y aceptar con la mayoría de autores que los casos que se citan han sido accidentalmente en mujeres con el útero en estado de subinvolución.

El tratamiento operatorio racional, es el que obra directamente sobre la misma colección purulenta, en unos casos para abrirla (como si se tratase de un absceso ordinario), en otros para enuclearla, cuando esto es factible. La región anatómica á que pertenecen tan importantes órganos varían en algo la manera de proceder, que difiere algún tanto de la de un absceso intercelular.

Pero el precepto ubi pus, ubi evacua, conviene por igual en ambos casos: no obstante las salpingo-ovaritis ó colecciones de las trompas se hallan diversamente constituidas, en ellas el pus que se trata de evacuar está limitado por la pared de la trompa, más ó menos alterada por los progresos de la lesión y como quiera que

en la mayoría de los casos resulta fácilmente extirpable muchos prefieren la enucleación de la misma a la simple abertura de la colección que dejando las paredes alteradas constituyen una amenaza para el brote de nuevas supuraciones; es eno igual a lo que pasa en un absceso frio por ej. por más que se dé salida al pus y se establezca un drenaje perfecto, el mal se eterniza si no extirpamos al mismo tiempo la pared del mismo. A mayor abundamiento pudiera citar otros casos por el estilo, como las bartolinitis de repetición que no ceden sino con la extirpación de la glándula. De ahí la preferencia dada por algunos de extirpar el órgano a la par que la secreción en ella contenida: a no tratarse de un órgano tan impor-

tante, el ser mucho mas seria y arriesgada esta operacion (a pesar de su relativa benignidad) que la sencilla abertura de un absceso, la cuestion no acarrearía ninguna duda. La discusion es fundada, con tanto mayor motivo cuanto despues de la incision se han visto curaciones definitivas que es al fin lo que deseamos, en vez de obtenerla tras una operacion arriesgada y mutiladora.

Razonable es por tanto, la discusion planteada en estos terminos, pero no hemos de oponer la una a la otra, antes bien conciliar estos dos metodos estableciendo sus indicaciones en los casos que mas convengan.

Sean fué el primero que aplicó la histerecto-

una vaginal a las supuraciones pelvianas, aconsejando la extirpación del útero con el fin de facilitar la abertura de las bolsas purulentas y en ciertos casos la extirpación de los mismos. Muchos fueron los Cirujanos que se dedicaron a perfeccionar el método y hubo época en que gozó de gran fama hasta el punto de considerarse una panacea en esta clase de afecciones.

Pasaron unos cuantos años durante los cuales fue la histerectomía vaginal fue la operación predilecta hasta que los Cirujanos americanos preconizaron la extirpación uterina por vía abdominal no ya por necesidad operatoria, como en la ^{de} Pean, sino como complemento de la misma ya que se pueden separar los anexos sin tocar el útero, pero atendiendo que es

un órgano que se encuentra interesado en casi todas estas enfermedades que después de la extirpación de los aneisos no desempeña ningún papel, y contribuye por las hemorragias que en el mismo toman origen y la infección crónica que en el mismo radica, á mantener una enfermedad que la extirpación de los aneisos no hizo más que mejorar no vacilando los Cirujanos en admitirla y propagarla.

Esta manera de considerar las enas conquistó numerosos partidarios y su número va engrandando de día en día de modo que la histerectomía abdominal se ve aumentar el número de sus adeptos aun de aquellos que antes eran entusiastas de la híst^{ia} vaginal.

Claro es que esto se debe a los grandes perfeccionamientos en la técnica operatoria de la laparatomía y a los resultados cada día más satisfactorios que con ella se obtienen, pudiendo ya casi hoy parangonearse bajo el punto de vista del pronóstico con la histeria vaginal.

Además la intervención resulta sencilla en los casos en que se extirpa a su vez el útero, mientras que se torna complicada y a veces imposible si se deja el útero en su lugar, lo que requiere muchas veces una operación complementaria.

Dice Faure ~~u~~ lo que conviene es una buena técnica, pues con ella podremos emprender operaciones delicadas que resultan fáciles así, en tanto

si la técnica es defectuosa la operación mas sencilla se convierte en difícil //

Las exacerbaciones agudas en las salpingitis crónicas, no dan de por sí indicación operatoria, á no ser que la gravedad del caso indique, que se trata de algo mas que de una simple agudización perimetritica y peligre la vida de la enferma; en este caso hemos de intervenir urgentemente, pues aunque se laparotomic la paciente, ningun daño ha de reportar, siempre que se atienda á una buena técnica, pero podemos limitarnos á la incisión vaginal, con el fin de aliviar á la enferma de los fenomenos agudos, no reportando ningun inconveniente tal proceder y nos dá tiempo para preparar la enferma

mediante el reposo y curas vaginales, para proceder mas tarde à la operacion radical vaginal, durante cuyo tiempo disminuye la virulencia microbiana, tanto mas cuanto mas tiempo transcurre desde la última exacerbación.

Es la colpocotomía la operacion directa mas sencilla y natural para la cura de las supuraciones pelvianas; se remonta à la época de Boissier, Velpeau y todos los Cirujanos de la época pre-aseptica, quienes fieles al aforismo ubi pus, ubi evacua, dilataban por la vagina los abscesos que formaban prominencia en el fondo de saco posterior.

Esta fue la primera operacion que se intentó en aquella época en que la Ginecología estaba en em-

brion, ya que otra cosa no podiam intentar, toda vez que desconocia el sitio exacto en que radicaban semejantes abscesos ignorando que podiam ser enucleados.

Pero cuando Lawson Hait demostró que la mayor parte de las colecciones pelvianas radicaban en las trompas dilatadas dando á conocer el resultado de los casos operados por extirpacion de anexas y poniendo en evidencia los exitos obtenidos fué cuando la colpotomia cayó en el olvido ante los progresos de la laparotomia.

A Laroyenne es á quien se debe el restablecimiento de la colpotomia. Modificó algo de técnica ideando un trocar, que fué poco aceptado pero

señaló las indicaciones y demostró como por la incisión vaginal, se podían alcanzar las colecciones mas elevadas de las que se abrían ordinariamente, y aun las mismas bolsas tubarias podían ser tratadas por apertura y drenage. Lavadie - Lagrave propone llamar á la incisión de las colecciones tubarias por la vagina método de Laroyenne. Este fué quien en uníon de sus discípulos y tras repetidas publicaciones lograron su vulgarización. Además en 1890 Bouilly en la sociedad de Cirujia la recomendó en ciertos casos y poco á poco fué ganando terreno hasta el punto que hoy la practican todos los Cirujanos en determinados casos tendiendo á hacerse mas de día en día en vista de los éxitos obtenidos por La-

royume, Bernardière, Cardenal, Fargas, Picasens etc.

No ha mucho el Dr. Baruahe presentó en la Sociedad Ginecológica española una comunicación haciendo resaltar las ventajas de este método por él obtenidas, en una serie de casos.

La incisión vaginal mas usada es la que se practica en el fondo de saco posterior, pero puede practicarse en caso necesario en el fondo de saco anterior y si bien esta región es algo mas peligrosa y delicada se practica raramente y solo en casos de colecciones voluminosas.

Esta operación es en si benigna y los contados casos que se citan seguidos de defunción, no deben imputarse á la misma, sino al estado de la enferma que

ha sido operada en extremis.

Cierto es que pueden presentarse, durante o después de la intervención, algunos accidentes pero estos pueden casi siempre evitarse cumpliendo las reglas operatorias y cuidando de que el drenaje este bien establecido.

Esta sencilla intervención es eficaz en muchos casos y paliativa en otros ante afecciones tan serias como son las supuraciones pelvianas; verdad es, que tiene adversarios y se comprende, las revidas de una parte desaminando a unos y el empeño de otros Cirujanos en extender las indicaciones de las operaciones radicales nos dan la razón de ello.

Hay por tanto acerca la colpotomía, opiniones

contrarias, lo que depende sencillamente de los casos en que se aplica, pues los que tengan la suerte de aplicarla en los abscesos independientes de las trompas les dará buen resultado, al paso que si se inciende los pio-salpinx ó abscesos relacionados con las trompas, no podemos esperar de ella resultados curativos.

Es necesario, ponernos, pues, en un verdadero justo medio, sentar bien las indicaciones y de esta manera, con seguridad no nos arrepentiremos de su uso. La colpotomía no puede tener la pretension de curarlo todo, pero ella es insustituible en ciertos casos siendo un medio de Cirugía conservadora, pero no un método que rivalice con

los métodos operatorios radicales. Descartemos, pues de sus indicaciones aquellos casos en que por la antigüedad de las lesiones, la infiltración de las paredes y la multiplicidad de bolhas purulentas obligan á una intervención mas radical.

No la pongamos frente á frente con la histerec-
tornia vaginal antes bien deslinde mos el campo co-
rrespondiente á cada una.

Descartemos á su vez los casos en que las lesiones son muy altas, y por tanto inaccesibles por esta vía, por el inminente peligro de herir los órganos vecinos y producir serios accidentes operatorios; así como tam-
bien aquellos casos de lesiones bilaterales bien comproba-
das.

Si la incisión recae directamente sobre la trompa, en algunos casos puede dar por resultado la curación, cuando la trompa desagua facilmente, pero como ordinariamente sucede lo contrario ya por el trayecto tortuoso que esta sigue ya por las adherencias que presenta como resto de antiguas inflamaciones no es lógico esperar estos resultados, máxime si la lesión es bilateral y por tanto las incisiones han de ser múltiples, aumentando la dificultad de desagüe.

Los casos en que creo está indicada la colpotomía son: las colecciones que forman prominencia en el fondo de saco posterior o están situadas cerca de su pared (pero sobre todo aquellas)

Las colecciones agudas en las que obrará como la

incisión en un absceso ordinario y aun que estas colecciones radiquen en la trompa, estos abscesos calientes de la misma no se acompañan de lesiones profundas del órgano.

En estos casos hay grandes probabilidades de curar y que la curación sea definitiva si las colecciones son únicas.

Quintomédicamente se emplea también en las afecciones tubarias graves para preparar la operación y hacerla en condiciones más favorables. Por otra parte, las lesiones recientes son general muy virulentas y si son unilaterales contra indican ya la histerectomía vaginal, no quedando más discusión que con la laparotomía y esta resulta peligrosa por la virulencia

de la colección.

Es incontestable por tanto, la preferencia de la incisión vaginal baja en estos casos y si esta no basta se practica después en frío por la laparatomía la es- tirpación unilateral de los anexos en mucho mejores condiciones.

Asimismo está indicada en las agudizaciones de las lesiones crónicas, y aunque en muchos de estos casos está indicada para algunos autores la histerectomía vaginal, recuérdese que esta sacrifica siempre los dos anexos y que con hacer la colpotomía primero nada se pierde, al contrario, pronto cede la fiebre y la enferma se halla después en mejores condiciones de soportar una seria intervención, si esta se

hace necesaria.

Mas conviene hacer una excepcion en las supuraciones difusas que siguen a la infeccion puerperal, aqui lo que debe hacerse no es la colpotomia, sino la histerectomia, pues en estos casos el útero se convierte en un foco de infeccion y las bolsas purulentas periuterinas necesitan un amplio drenage. El ser el útero friable en estas condiciones dificulta algo la intervencion pero esta puede llevarse a término sin inconveniente usando pinzas de anchos bocados aplastadas, siendo la unica operacion salvadora en estos casos.

No es mi propósito describir el modus faciendi en la tecnica de la colpotomia, sino apuntar acerca de ella lo mas sustancialmente. Hasta hace pocos años

eran muchos los operadores que se valian del trocar, para punccionar estos abscesos, pero hoy todos dan preferencia a la incision, pues permite establecer el desagüe con mas facilidad que usando la punccion, pues en ésta al retirar el trocar se cierra la abertura; la incision debe ser de 3 a 5 cm. y si es insuficiente preferible es dilatarla desgarrando la pared vaginal, que no cortarla por el peligro de la hemorragia, esta incision se practica en el punto en que la tumuracion es mas prominente, dividida ya la túnica vaginal se introduce el dedo para reconocer el absceso y una vez comprobado dilátase ampliamente y explórese con detencion si hay otra u otras colecciones, para dilatarlas tambien introduciendo despues gaza yodoform.

nica para asegurar la hemostasia, substituyéndola al día siguiente por un tubo de drenaje.

La herida vaginal tiene tendencia a cicatrizar rápidamente, originando a veces recidivas. Es necesario, por tanto un buen drenaje que llegue hasta el fondo y evitar que salga fijándolo si es necesario al labio posterior del cuello por un punto de catgut.

Fracasado el tratamiento médico en las salpingo-ovaritis simples o indicada ya desde luego la intervención en las colecciones quísticas, que vía eligiremos entre las dos que hay a seguir - vaginal o abdominal?

Cual es la preferible? Autores hay que consideran como rivales y opuestas tales intervenciones, pero un estudio reflexivo de las mismas prueban que la in-

dicación acertada de tal elección depende del estado de la enferma.

La histerectomía vaginal aplicada a las supuraciones pelvianas y afeciones de los anexos se debe a Pean quien con el nombre de castración uterina, estirpaba el útero y dejaba los anexos, obligado sin duda a practicarla 1.^o por necesidad quiso convertirla en método de elección y después de una serie de operaciones metódicamente practicadas durante tres años fué cuando en 1890, Pean se decidió a publicar el resultado de sus operaciones mediante varias comunicaciones hechas al Congreso de Berlín primero y en la Academia de Medicina de París después en las cuales sostuvo que el mejor medio de curar las supuras-

ciones anecdotales era la operacion que lleva en nombre.

A su autoridad debio Pean el éxito de su propaganda: no le faltaron adeptos, debiendo mencionar, como uno de los mas entusiastas Segond, que fue en Francia el elocuente defensor de la operacion de Pean; él fue quien en la Sociedad de Cirujia de Paris y en el año 1889 y siguientes presentó varias comunicaciones con motivo de dar á conocer el resultado de sus brillantes estadísticas de enfermas tratadas por este proceder, comparadas con el resultado de las laparatomías.

Mas buen numero de Cirujanos se mostraban averse á tal operacion, logrando Segond por medio de una comunicacion muy razonada que presentó al Congreso de Bruselas de 1892 atraerse á muchos que

am resistiam.

Pero a la verdad, a no ser los procedimientos ulteriores y perfeccionamientos en la técnica, hoy este método se hubiese abandonado del todo, pues el procedimiento de Pean solo se emplea en casos de necesidad como son extirpación del útero después de mucho tiempo de la castración abdominal motivada por hemorragias, fistulas etc y en los casos en que se emplea por afeciones tubarias es en aquellas en que resulta imposible la extirpación de los anexos.

Second extirpa ya el útero solo, ya útero y anexos y señala sus indicaciones que son supuración periuterina y lesión bilateral de los anexos, indicando al mismo tiempo la posición que ha de guardar

la enferma durante el acto operatorio pues si el útero u halla enclavado y está situado muy arriba debe adoptarse el decubito lateral izquierdo, mientras que es preferible y mas cómodo la posición dorso-sacra si el útero es móvil. (Durante la intervencion ha de protegerse debidamente el recto y la vejiga).

A veces la ablacion del útero es suficiente y á eso queda reducida la intervencion, si extirpado el útero no aparece pus deben abrirse los abscesos.

En los casos en que no hay bóveda pseudo-membranosa que repare la pelvis menor, extirpado el útero y alcanzando el peritoneo libre es facil la estirpacion de los anexos.

Las ventajas de la histerectomia vaginal, dicen,

con las siguientes.

No hay cicatriz abdominal, no hay tampoco necesidad de usar cinturón abdominal, el pronóstico es mejor que en la laparatomía y la curación resulta más radical, rápida y completa, no quedando fístula supra-pubiana.

Dicen también, que da mayor seguridad, aun en los casos graves en que las lesiones están bastante avanzadas pues puede establecerse el drenaje en las cavidades purulentas.

Fundándose en la ley fisiológica de que la función hace el órgano, sostiene que los anexos han de atrofiarse, después de la extirpación del útero, de la misma manera, que hay atrofia uterina, después de la

castración, admitiendo por tanto, que la operación es radical siempre.

El procedimiento Pean - Segond tenía el inconveniente que haciendo la sección transversal del útero exigía gran número de pinzas hemostáticas que dificultaban maniobrar; por esto este método fue recibido al principio con cierta frialdad por la mayor parte de los cirujanos, pero gracias á los esfuerzos de Doyen, Forgue, Pichelot, Leopold y otros la técnica ha progresado gradualmente y el método se divulgó rápidamente. Sin duda el proceder de Doyen es uno de los mejores y constituye un progreso evidente, el haber conseguido hacer descender el útero sin ligadura hasta delante de la vulva evitando con ello la necesidad de dividir en trozos las partes

que hay que extraer: en este proceder las pinzas no son aplicadas hasta que el útero y anexos se hallan al exterior, lo que se logra con la hemisección anterior

No tardó este método en despertar gran entusiasmo por parte de muchos ginecólogos, que si bien admiten y aun señalan las indicaciones precisas de las dos vías elegibles vaginal y abdominal, afirman que la vía vaginal es la principal, pues ella puede hacer todo lo que haría la laparatomía y atacar y curar lesiones contra las que la laparatomía es impotente o peligrosa.

Bien es verdad que los mismos histerectomistas confiesan que en muchos casos la operación ha de quedar incompleta y en este caso dicen que procediendo a la abertura de los absesos despues de la ablación del

útero, sus resultados son excelentes, pues la supuración disminuye progresivamente, hasta aniquilarse por completo, cicatrizando la herida vaginal y desapareciendo del todo los trastornos que la enferma sufría.

Como se ve, sus adeptos dan demasiada amplitud á sus indicaciones, pues sin negar la importancia y aplicación hemos de considerar que la vía vaginal sacrifica siempre el útero y como muchas veces está sano su extirpación resulta no solo inútil sino perjudicial, pues si bien ignoramos el papel que desempeña el útero aparte la menstruación es indudable que al igual que la secreción ovárica influye en el resto del organismo, siendo la castración total de peores consecuencias que la ovárica solamente.

Además en casos de adherencias, la rotura de las mismas va seguida con frecuencia de heridas intestinales, que se revelan á veces durante la intervención y en este caso ha de procederse secundariamente á la laparatomía; en otros casos despues de algunos dias queda establecida una fistula estercoracea que puede curar espontaneamente si bien con mucha lentitud.

En los casos en que á la par que lesiones bilaterales haya alteraciones profundas del útero, en la piqui-pelvi-peritonitis la histerectomía vaginal se halla admitida por todos, pues siendo el útero el centro de los abscesos en que están convertidos los anejos y obrando á la manera de tapón, que obstru-

je estas cavidades purulentas, por su extirpacion
 se vacian y las bolas disminuyen de volumen por
 retraccion inodular; pero no siempre sucede asi
 y en caso que quede alguna cavidad purulenta
 sin abrir, basta introducir los dedos por la herida
 vaginal y dilatarlos. En estos casos no solo es disun-
 tible la histerectomia vaginal, sino preferible por el
 amplio drenage que deja.

Respecto á los resultados, tanto quirurgicos, como
 terapeuticos son excelentes, menos en aquellas enfermas
 en que la operacion ha tenido que quedar incompleta,
 ó se ha herido durante el curso de la misma al inter-
 sivo. En una estadística de enfermas operadas por
 Landau, dice que de 93 enfermas, 74 recobraron la aptitud

para el trabajo.

En otra estadística de 48 enfermas operadas por Leopold comprueba que al cabo de bastante tiempo 43 de estas enfermas estaban sanas y aptas para el trabajo. Sin embargo en los casos por mí observados que son en número de 8 curaron 5, una continuó padeciendo y dos perecieron antes de los 10 días que siguieron la intervención.

Debido á los eminentes cirujanos ya citados, que siguieron á Pean, adquiría cada día mayores vuelos la histerectomía vaginal, alcanzando en apogeo durante el periodo que media entre 1892 á '97, pero desde esta época los progresos en la técnica de la laparatomía, mermaron cada vez más sus

indicaciones y hoy poco son los prácticos que á la mínima recurren y solo en contadas ocasiones, prefiriendo la vía abdominal.

La laparatomia es la operación preferible cuando la lesión es unilateral y por mas que en la mayoría de estas enfermas la lesión suele ser doble debido al tiempo empleado durante el tratamiento médico, que ha retrasado la intervención, conviene en caso de duda apelar á la vía abdominal, de esta manera el operador, lejos de obrar al azar, obra sobre terreno seguro, comprobando unas veces el diagnóstico y otras rectificándolo, extirpando lo enfermo y conservando los huesos sanos, capaces todavía de permitir un embarazo ulterior, y aunque la mu-

jer esté en período menopáusico, conveniente será conservar las partes todavía no alteradas, pues conocidos son los trastornos que en ausencia ocasionan variables desde las llamaradas de calor al rostro hasta la locura.

A veces la intervención queda reducida a la rotura de adherencias, después de la cual desaparecen los trastornos que la enferma aquejaba.

Uno de los posibles accidentes de la laparatomía son las heridas intestinales, pero su frecuencia es menor que operando por la vagina, y este accidente no tiene consecuencias si el operador se aperece, pues procede a la sutura intestinal inmediata.

La posición inclinada o de Trendelenburg

ha convertido la laparatomía de arriesgada en que antes se consideraba en operación fácil y no peligrosa: gracias á esta posición todas las vísceras abdominales móviles y en especial los intestinos son rechazados hacia el diafragma en cuyo punto se dirigen por la acción de la gravedad, pudiendo la excavación pelviana ser perfectamente explorada e iluminada directamente por la posición elevada en que se halla; esta posición favorece además la anestesia por el mayor aflujo de sangre al cerebro: sin embargo se le han achacado á dicha posición inclinada varios inconvenientes y recientemente en la Sociedad de Cirugía de Berlín Krastke presentó algunos casos desgraciados, pero Trendelenburg los refutó demostrando que estos ca-

cos que se citan recaen siempre en enfermas obesas o con miocarditis, accidentes estos que tambien se producen sin posicion declive, y en cuanto a los demas casos se evitan conociendolos y procurando no alargar mucho la operacion.

Una vez incindida la pared abdominal, puede la intervencion reducirse a la castracion uni o bilateral o a la extirpacion total de los genitales internos, constituyendo lo que se llama histerectomia abdominal total puesta en practica estos ultimos años.

Para verificar la castracion el fondo del útero sirve de punto de guia, explórense los anexos de los dos lados, rompense las adherencias, e interponganse

entre la uraca intestinal y los anexos una gruesa capa de compresas asepticas, pues de esta manera en caso de ocurrir la rotura de las cavidades purulentas no reportará ningun perjuicio por el aislamiento establecido que impide que el pus infecte al peritoneo.

Si á pesar de las precauciones adoptadas, llega pus al peritoneo, debe lavarse con agua esterilizada ó suero artificial tibio ó limpiarlo con compresas asepticas, poniendo además un tubo grueso introducido en la excavación pelviana hasta el fondo de saco posterior, suprimiendo lo á las 48 horas si no ha habido derrame. Puede substituirse ventajosamente el tubo por tiras de gasa, las cuales obran además por capilaridad.

Para evitar eventraciones debe tenerse cuidado

con la sutura, adoptando la sutura por planos y recomendando el uso del cinturón abdominal.

Los resultados de la castración por lo que se refiere á los resultados inmediatos, no pueden ser mejores, pues el número de éxitos quirúrgicos es casi igual al de intervenciones; pero no ocurre lo mismo con los resultados lejanos, estos no pueden precisarse con exactitud, pues muchas enfermas después de operadas y aliviadas salen del Hospital, sin tener de ellas mas noticias; en las que es posible seguir ulteriormente el curso de las mismas vemos que en una mitad de estas operadas la curación es radical y en la otra mitad mas veces es paliativa y otras fracasa por completo á causa de la infección.

del útero.

Debido a estas circunstancias que hacían necesaria la práctica ulterior de la histerectomía vaginal, por ser el útero, punto de partida de nuevos procesos perimetriticos y considerando los inconvenientes que en sí tiene la histerectomía vaginal, como método radical, varios cirujanos propusieron como operación ideal la histerectomía abdominal total, en las lesiones anexiales bilaterales. Si son la castración se obtienen muchas veces resultados incompletos, persistiendo después de la misma metritis dolorosa y exudativa, lo que ha de ser la extirpación del órgano infectado, mayormente después del escaso papel que desempeña después de la intervención indicada.

Entre la extirpación uterina algún tiempo después de la castración bilateral y la histerectomía abdominal total, preferible es esta, que involucre en una operación, las dos intervenciones citadas, obteniendo con ella las ventajas de una y otra, sin los inconvenientes de ambas y formando con ella un suelo pelviano perfecto y una superficie peritoneal regular: el drenaje puede establecerse por la vagina y si ha escapado pues se deja sin suturar el fondo de la pelvis.

Bien es verdad que esto aumenta el traumatismo, y consecuentemente los peligros de la infección son mayores, prolongándose más la duración de la intervención, pero desde el momento en que está indicada para obtener éxito terapéutico el ginecólogo debe poner en habi-

lidad y destreza en practicarla.

Desde que Hartmann en el Congreso de Cirugía de 1897, expuso con claridad sus indicaciones apoyándose en argumentos poderosos, y en gran número de operadas, desde que este método fue adoptado por los cirujanos americanos, desde que se publicaron los resultados obtenidos por cirujanos de todos países, fue cuando se le método naciente y abreviado, se vulgarizó de tal manera, que hoy podemos afirmar, ha entrado en la práctica corriente como proceder de elección.

Basta citar para comprobarlo las operaciones practicadas con los resultados obtenidos en la Clínica Oficial de Ginecología de Barcelona a cargo del Dr. Fargas durante el curso de 1902 a 1903. No se ha practicado en

ella ninguna histerectomía vaginal; en cambio se han practicado 15 laparatomías todas con resultados excelentes. De estas 15 laparatomías en 9 casos se practicó la castración y los 6 restantes la hister^{ectomía} abdominal total - En los 9 casos de castración, hubo 4 de unilaterales, 4 de bilaterales y uno que se extirpó de un lado la trompa y del otro el ovario.

En 44 intervenciones anexas observadas durante el presente curso en distintos hospitales de Paris (Broca, Baudelocque y Hotel Dieu) y verificadas por Poiri, Agout, Copocki y Faure, solamente en tres casos he visto intervenir por la vagina, el resto ó sean en 41 casos se laparatomizó la enferma, acerca de cuyo resultado puede decir que solo vi perecer á una de peritonitis, á pesar de seguir

bastantes días el curso de cada enferma.

Pero cual es la Síntesis de estos datos? Ciento es que la histerectomía vaginal tuvo su periodo de esplendor, pero hoy está en plena decadencia, debido á las indicaciones cada vez mas extensas de la histeria abdominal. Si se considera que gracias á los perfeccionamientos de técnicas, la gravedad es casi igual, hemos de convenir en que la vía abdominal es preferible á la vaginal por varias razones: verdad es que cada una de estas dos operaciones tiene su pro y su contra pero á fuer de imparciales podemos argüir que los inconvenientes que se achacan á la laparatomía v. g. las eventraciones son casi siempre posibles evitar mediante una buena sutura, y por lo que á la cicatriz se refiere puedo decir que pocas serán las

mujeres que no verán con alegría su cicatriz a cambio de verse libradas de sus sufrimientos.

En cambio, la histerectomía vaginal es una operación ciega que no nos da cuenta del verdadero estado de las lesiones ni de sus proporciones; no negaré yo que es una operación fácil y seductora sobre todo en los casos en que no existen adherencias; ¡Pero cuantas decepciones! Cuando se daba la preferencia a la histerectomía vaginal se veía que unas veces obraba en exceso y otras al contrario.

En repetidas ocasiones se encontraba al Cirujano que examinando la pieza extraída veía con sorpresa los anexos de uno de los lados que también suponía enfermos, completamente sanos; mientras que en otros no podía extraer de su lugar anexos enfermos retenidos

por insuperables adherencias y si bien doy por admitida la objeción que opondrían los partidarios de la histerectomía vaginal de que es posible la curación extirpando solo el útero, la curación se obtiene mas pronto y radicalmente cuando se enuclean a su vez los anejos y es incontestable que la histerectomía abdominal permite aún en los casos difíciles y complicados limpiar la pequeña pelvis tanto y mejor que en la histerectomía vaginal mejor reglada.

He aquí porque me he inclinado en el decurso de mi trabajo á la laparatomía y si ya en un principio he dicho que la Ginecología actual no es más que una rama vigorosa de la Cirugía no podia en este punto contradecirme y de la misma manera que el Cirujano antes de

sacrificar un órgano lo explora y acaso lo incinde para ver si hay alteración, lo mismo debe hacer el Ginecólogo al obrar sobre los huesos. De esta manera con la lesión á la vista obrará en consecuencia, permitiéndole conservar órganos importantes que con la histerectomía vaginal seguramente se hubieran sacrificado. Mas no quiero con esto decir que debemos relegar al olvido la histerectomía vaginal. Ya he dicho que tiene sus indicaciones precisas y las voy á enumerar. — Haura opinión que lo que decide la elección de la operación no es la complejidad de las lesiones, ni su volumen, ni la adherencia con los órganos vecinos, sino que depende del grado de infección y de su virulencia.

Justifican la histerectomía vaginal aquellas le-

siones anurales agudas, virulentas con varias colecciones de fons, que rodean al útero por todas partes, estados que observamos a veces como complicaciones puerperales; en estos casos por tanto, en que el estado es grave la fiebre alta y la infección virulenta parece lejos de ceder, casos por otra parte en que la colpocistitis sería insuficiente, en estos no cabe dudar, la histerectomía vaginal y no otra es la que ha de salvar a la enferma en tales condiciones. Empleada en estos casos es inimitable, con ella vemos verdaderas resurrecciones en enfermas en que la laparotomía por cuidadosa que hubiese sido aislando las asas intestinales no hubiera hecho sino acelerar el término fatal a causa de una infección peritoneal.

He aquí pues los resultados de tales intervenciones, hoy casi no es posible pedir ya más y esto se debe á la aplicación de las doctrinas microbianas á la práctica quirúrgica que ha acabado con las complicaciones más terribles por las que se abstemian de intervenir la mayoría de Cirujanos, pues antes de los descubrimientos de Pasteur eran tales los fracasos y contratiempos inherentes á todo acto operatorio, aún observando todas las reglas del arte, que solo se creía debía intervenir en casos extremos aumentando por esta razón más la mortalidad de los operados; hoy jamás debe esperarse tanto y una vez probada la inutilidad del tratamiento médico el operador no debe arredrarse ante ningún peligro, mientras conozca y aplique las reglas deducidas de los principios pasteuria-

nos y obre con arreglo á los adelantos del arte.

Qui duda aprovechando esta inmunidad operatoria, algunos han caído en el extremo opuesto al de los antiguos que es el de operar siempre; por esto hoy debe considerarse tan rutinario lo primero como censurable lo segundo, pues la indicación precisa sólo surge del estado de la enferma y de la naturaleza de la lesión.

Conclusiones.

De lo dicho deduzco las siguientes conclusiones:

- 1.^a Abstención de la intervención en casos agudos y estado puerperal y en caso apremiante la incisión vaginal.
- 2.^a En casos de aneuritis catarral, si la enferma no ha de

trabajar y puede cuidarse hasta el tratamiento médico.

3ª El tratamiento médico está también indicado en las anexitis purulentas, pues se dan casos de curación espontánea y solo cuando no se nota ningún beneficio de este tratamiento y las lesiones avanzan o se estacionan, es cuando conviene decidirse a la intervención.

4ª Debe proibirse el raspado uterino, como medio peligroso en todo caso de anexitis.

5ª La intervención es indispensable en las formas quísticas, aunque la enferma tenga periodos indolores y apiréticos.

6ª La histerectomía vaginal está indicada solo cuando tengamos certeza de lesiones bilaterales y haya pocas adherencias y en los casos consecutivos a infec-

cion puerperal.

7.^a La laparatomia está indicada en los casos en que la lesión es unilateral o dudosa siendo en mi concepto la que tiene mayores aplicaciones.

He dicho.

Madrid 13 Octubre de 1904.

José M.^o Naval Rogas

Laida
A. Moring



Bibliografía consultada.

- Lavadié - Lagrave. - *Traité médico chirurgical de Gynecologie* 1904
- Fargas - - - - - *Apuntes de las lecciones de Cátedra por W. Corrolean y Soler Bertot.*
- Veit - - - - - *Enciclopedia de Gynecologia.*
- J. L. Faure - - - - - *Chirurgie des anevrismes de l'utérus - 1902.*
- Hergre y Reelis - - - - - *Terapéutica quirúrgica; tomo 3º - Edición española 1899.*
- Cinard y Wallich - - - - - *Tratamiento de la infección puerperal. 1903 (Valencia).*
- Coari - - - - - *Gynecologie.*
- Besson - - - - - *Des rapports de l'appendicite et de la salpingo-ovarite these de Montpellier. 1895.*
- Rijmont - - - - - *Contribution à l'étude de la bacteriologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites - these de Paris 1895.*
- Roger - - - - - *Essai sur les indications operatoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes - these Paris 1900.*
- Revista de Ciencias Médicas - Barcelona. 1891.*
- Actas de las sesiones científicas de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña - Curso de 1899 a 1900 - Sesión 15 Noviembre y siguientes.*
- Semaine médicale - 1903 (nº 23-25-49); 1904 (nº 9-20).*

Madrid 16 Noviembre 1904

Verifico el examen del grado de
Doctor y obtiene la calificación de
sobresaliente

Trucos

Marquecillo

Maestro

José Robins

Manuel Jimenez



