



81-2A = N° 2

N° 1470

ce. 2415

4470)

Estudio

de las

Operaciones Conservatrices

de los



Anexos.

A la memoria de mi querido padre.

A mi buena y cariñosa madre.

A mis queridísimos hermanos

Homenaje de profundo reconoci-  
miento y de viva afeción.





# Historia.

---

La terapéutica de las lesiones utero-ováricas ha pasado por fases muy diversas.

En su primer período fué puramente médico, el cual duró hasta el año 1872; hasta

2

esta época, estas afecciones eran consideradas como pertenecientes más al campo de la Medicina que al de la Cirujía y la espectación, más o menos disimulada, constituía su único y solo tratamiento.

A partir de esta fecha 1872, comienza el período netamente quirúrgico, de castración hasta el último extremo, inaugurado por Battey, de Roma (Georgia), el día 17 de Agosto de 1872,

en que extirpió con buen éxito los ovarios á una mujer que padecía una dismenorrea, con dolores intolerables. El 27 de Julio del mismo año

Hegar, de Friburgo, extirpió los ovarios en un caso de neuralgia ovárica intensísima, pero la enferma murió y Hegar no publicó la historia clínica.

Desde el día en que el eminente ginecólogo de Birmingham, Lawson Tait, demostró las ventajas que había de tratar las lesiones

inflammatorias de los anexos, aun las lesiones supuradas, como tumores enquistados, practicando la extirpación, no solo en lesiones anexiales dobles, sino aun en las unilaterales, en las que los anexos de un lado, estaban completamente sanos, el método quirúrgico fué aceptado por todo el mundo.

La inmensa mayoría de los cirujanos de todos los países, siguieron su ejemplo, y consideraban como él, que sólo la extirpación por la

5  
parotomía, de los anexos enfermos, constituía una  
sólida garantía de curación definitiva.

Desde entonces la castración fué acep-  
tada como tratamiento de elección de las afecciones  
inflamatorias de los anexos.

Viene despues. Sean quien acusa al  
método de Lawson Tait, la castración ovárica,  
de ser insuficiente bajo el punto de vista terapéu-  
tico, al mismo tiempo que peligroso. El reprocha



ba á los laparotomistas de operar por la via abdominal, supuraciones que hacian temer el riesgo de una infeccion peritoneal, y propuso un método más simple, menos grave y más eficaz, la castración uterina, operación que practicó por primera vez el dia 12 de Diciembre de 1887.

Según Pean, en lugar de atacar directamente los focos de supuración, á menudo difíciles de enuclear, era preferible extirpar primero

7

el útero, como él decía, hacer saltar la puerta,  
para drenar enseguida ampliamente la cavidad  
pelviana y verificar la evacuación de todas las  
coleciones purulentas enquistadas.

Este método, método de Pean, preco-  
nizado por su autor y vigorosamente defendido,  
por Segond, hizo rápidamente fortuna y terminó  
por suplantar á la operación de Lawson Tait, en  
Europa casi completamente.

Los cirujanos americanos perfeccionaron el método de Lawson Tait, y en vista de que á consecuencia de la castración, quedaba el útero inflamado y doloroso, y que por lo tanto se dejaba en el vientre un órgano inútil y doloroso, que podía en consecuencia necesitar una segunda intervención, ó sea una histerectomía secundaria, añadieron á la extirpación de los anexos, la extirpación del útero, y Polk el año 1892 fué el

primero que hizo la castración utero-ovárica, ó sea la histerectomía abdominal total, por lesiones supuradas de los anexos, proceder que fué aceptado y siguieron Krug, Baldy, Brown y Pryor.

Los primeros en preconizar estas operaciones en Francia fueron Chaput el año 1894, y más tarde Delageniere y Hartmann, Doyen y Richelot, los cuales perfeccionaron la técnica

operatoria que llegó á ser de dia en dia, general,  
y casi llegó á reemplazar á todas las otras.

Pero hasta esta época la cuestión se redu-  
cia á la cura radical, por los medios quirúrgicos,  
se preocupaban ante todo de extirpar el órgano le-  
sionado, de perseguirle hasta en sus últimos límites,  
sin inquietarse del órgano así extirpado en don-  
de se suprimia la función fisiológica.

Es así, que en este derrotero de la cura

11

radical se fué muy lejos, llegándose hasta el abuso. Con los progresos de la antisepsia, de la asepsia y de la técnica operatoria, las intervenciones abdominales llegaron á ser relativamente fáciles y poco graves; de aquí el abuso á que se llegó en ciertos momentos, en los que se ha podido atestiguar, como decía Spencer Wells, una verdadera coloproctomía epidémica.

Es contra esta generalización abusiva de

castraciones que protestaba ya, hacia el año 1878,  
el gran laparotomista Inglés, el maestro de la  
ovariotomía, cuando se lamentaba amargamente,  
diciendo que los cirujanos extirpaban los ovarios,  
de las mujeres con la misma impunidad que  
los matarifes extirpaban los de las cerdas

Porri, Doleris, Poulet y Laroyenne,  
en Francia; Schröder y Martin en Alema-  
nia; Polk, Dudley y Morris en América,

protestaron igualmente contra esta marcha invasora de la cirugía radical.

Se reprochaba, en efecto, á las operaciones de Lawson Tait y de Pean, de ser demasiado radicales y de comprometer de una manera funesta é irreflexiva la función de órganos que juegan un papel tan importante en la economía y en la vida de la mujer. Ellas suprimían en mujeres jóvenes todavía, la vida sexual, provocando



164  
una menopausia artificial, dejando á la mujer mutilada, estéril, y por consecuencia, en un estado inferior, bajo el punto de vista físico y moral; ellas determinaban, por último, una menopausia precoz y con ella trastornos de orden general y nervioso, algunas veces graves.

Entre los trastornos generales, el fenómeno más precoz y constante y que persiste por largo tiempo, son los soplos de calor, los vapores y las

transpiraciones, de los que las enfermas se quejan.  
Estos trastornos de la menopausia artificial, son  
más ó menos acentuados, según los casos, llegando  
á acentuarse en el período de las reglas; estas en-  
fermas, sienten también punzadas, dolores de estó-  
mago, vómitos, dolor en los riñones, muslos y espal-  
das; otras enfermas presentan fenómenos cardiopá-  
ticos, y en otras se han presentado el eczema, la  
astenia neuro muscular, trastornos en la fonación,

alteraciones del apetito sexual y trastornos nutritivos, avocando hacia la obesidad.

Bajo el punto de vista nervioso, es raro que estallen crisis nerviosas violentas, excepto en las histéricas, predispuestas ya antes de la operación á estas alteraciones; pero si hemos de señalar que algunas mujeres pierden la memoria, se tornan enervadas, impresionables, impacientes, son presas de insomnios y pesadillas, se encolerizan por la

cosa más baladí, lloran fácilmente ó se alegran en extremo; por lo contrario, en otras se nota después de la operación una cierta calma, se vuelven menos nerviosas que lo eran hasta entonces.

Pero lo más notable y lo que se ha apreciado en muchas mujeres, es cierto abatimiento particular, tanto en la marcha como en el trabajo, se sienten como debilitadas, extenuadas, no teniendo las mismas fuerzas que tenían antes de su

enfermedad, y se fatigan más pronto. Diríase que sienten, que piensan sin duda alguna en que se hallan desprovistas del sello, por decirlo así, del emblema de su sexo, y que están atormentadas y abrumadas bajo la idea de haber sido privadas de un órgano importante, esencial e imposible de reemplazar.

Se preguntaba á buen juicio, si con operaciones menos graves y menos radicales, no

podría alcanzarse la curación y amparar la función fisiológica del ovario; si era o no posible aplicar á los órganos genitales de la mujer el gran principio de la conservación, aplicado por todas partes; si, en fin, en lugar de extirpar no se podía conservar, restaurar, reparar, dejando en plaza un fragmento de ovario que desempeñara el mismo papel que un fragmento del cuerpo tiroides que consigue evitar la caquexia consecutiva á la extirpa-

cción total de este órgano.

Es así que después del período de castración á todo trance, un gran cambio se ha producido, y se ha pensado en aplicar á la Ginecología, como á los otros ramos de la cirugía, el método conservatrix, y de aquí ha nacido la cirugía conservadora de los órganos genitales. Es de este método conservatrix de los anexos del que me he de ocupar exclusivamente.

En la cirugía conservativa de los anexos se pueden distinguir dos periodos bien distintos: uno, que pudiéramos muy bien llamarle anatómico, y otro, fisiológico.

Sabido es, y la Histología nos enseña, que el ovario contiene centenas de millares de óvulos; teóricamente basta, pues, conservar una pequeña porción de tejido tan rico para que la fecundación sea posible, siempre que la trompa pueda



llenar su cometido y conducir hacia el útero el producto de la puesta ovariá. Es así que ciertos cirujanos han visto sobrevenir el embarazo después de operaciones que ellos habían creído completas, pero en las que un fragmento de ovario había sido dejado sin intención en el pedículo, como en el caso de Schatz; y en vista de estos hechos, la cirugía conservatrix de los anexos tuvo como fin exclusivo el conservar á la mujer la posibilidad de un em

barazo y el no privarla de los gozes de la maternidad.

El segundo período ó fisiológico tiene por fin el preservar á la mujer de los trastornos post-operatorios á la castración, y en ésta la conservación de los anexos es hecha á causa de la secreción interna del ovario.

Desde hace ya unos 12 años, y sobre todo, según los últimos trabajos, la fisiología del

ovario se ha enriquecido de nuevas nociones que han servido de base para el tratamiento de las lesiones ováricas. El ovario, órgano esencial de la reproducción en la mujer, parece ser al mismo tiempo una glándula de secreción interna, de la que los productos vertidos en la sangre, sin ser indispensables á la vida, son muy útiles al buen funcionamiento del organismo femenino y contribuyen al mantenimiento del equilibrio orgánico, viniendo la ex-

perimentación y la clínica al apoyo de esta concepción.

Según los trabajos conocidos y admitidos de Caratulo y Carulli, á consecuencia de la castración, disminuye en una cantidad notable la excreción del ácido fosfórico por las orinas; pero las experiencias recientes de Mossé en los perros, lejos de confirmar estos hechos demuestran que esta disminución no existe, sino que todo al contrario, se

hallan estas sales aumentadas, y estos resultados, conducente á Mosse á preguntar si los trastornos nerviosos observados despues de la castración no podrian ser explicados por la supresión de una acción moderatrix constante, ejercida normalmente por la secreción interna de los ovarios. Esta secreción suprimida, los trastornos nerviosos se producen, presentando como efecto la exageración de la excreción fosfórica por exceso de desasimilación del

tejido nervioso.

En la actualidad, el fin de las operaciones conservatrices de los anexos, es doble; es decir, tratan de la conservación, tanto bajo el punto de vista de la fecundidad, como bajo el punto de vista de la secreción interna del ovario.

La cirugía conservatrix del ovario y de la trompa comienza el año 1884 con Schröder, siendo él, en efecto, el primero que de propósito de-

liberado, conservó una parte del ovario sano después de la resección de la porción enferma.

En el Congreso de la Sociedad Obstetrical de Berlín, del 11 de Julio de 1884, hizo la relación de 7 casos de operaciones conservatrices del ovario. En todos estos casos, Schröder, después de haber extirpado el ovario y la trompa de un lado, no extirpó del otro que la parte enferma, respetando la porción macroscópicamente sana, sien-

do su intención al conducirse de este modo, la de conservar á las enfermas la menstruación y la ovulación.

Una de estas observaciones es particularmente interesante. Después de haber practicado de un lado, la extirpación de un gran quiste del ovario, Schöder halló del otro lado un pequeño quiste dermoide; hizo la ablación del quiste y resecó una gran parte del ovario, del que conservó un pequeño



fragmento que parecía sano. La enferma curó y llegó á ser embarazada, verificándose el parto á término; quince años después, esta enferma vuelta á ver por Matthaei gozaba de plena salud y había tenido un nuevo parto.

Con ocasión de esta comunicación, Schöder discutió y estableció de una manera precisa, las indicaciones y contra-indicaciones de las operaciones conservatrices del ovario.

Estas operaciones conservatrices están indicadas en las mujeres jóvenes, en la esperanza de conservarlas la menstruación y la fecundación, aun cuando este resultado pueda ser dudoso y que una segunda intervención sea algunas veces necesaria.

La conservación estaba contra-indicada:  
1.º, todas las veces en que hubiese la menor sospecha de degeneración maligna, aunque sea de un solo lado; 2.º, cuando se hallare próxima la épo-

ca de la menopausia; y 3.<sup>o</sup>, cuando la mujer hubiere sufrido ya varios partos.

Schröder es, pues, el verdadero instigador de las operaciones conservatrices del ovario.

Antes de él, es verdad que algunos cirujanos habían en ciertos casos practicado operaciones conservatrices, pero jamás sistemática y deliberadamente.

Así Spencer Wells, todas las veces

que en el curso de una ovariectomía por quistes del ovario, encontraba en el ovario del otro lado pequeños quistes foliculares, se contentaba de puncionarles con el bisturí, conservando así el ovario; una de las enfermas que trató de este modo, casó y tuvo varios hijos, y en 1882 comunicaba 1.000 casos de ovariectomía unilateral, seguido de 230 partos en 228 mujeres.

A. Martin, de Berlin, correspondiente

el mérito de haber sido el primero que sobre esta cuestión hizo un estudio completo y reposado sobre un gran número de casos; ya con ocasión de la comunicación de Schröder, habló de 4 casos de operaciones conservatrices practicadas por él; su primera operación de este género, había sido hecha el 26 de Mayo de 1878; por consecuencia, antes de la primera de Schröder, que data del 20 de Octubre de 1879.

En esta época, es verdad que aun dudaba y hacía ciertas reservas, y no fué que más tarde el año 1889, que preconizó resueltamente las operaciones conservatrices y llegó á ser el campeón más vigoroso y más ardiente de la cirugía conservatriz del ovario y de la trompa.

El 11 de Marzo de 1889 presentó á la Sociedad de Cirujía, de Berlín, 10 casos de operaciones conservatrices del ovario; después, el año

1891 y con motivo del cuarto Congreso de Ginecología de Bonn, presenta otra memoria más importante de 11 nuevos casos, y en fin, él comunicó otros 6 nuevos casos en el quinto Congreso de Ginecología de Breslau el año 1893.

En todos estos casos se trataba de mujeres aun jóvenes, en las que uno de los anexos se hallaba en un estado tal que justificaba la ablación total, mientras que el otro menos alterado,

podía ser conservado.

Sobre los 27 casos de resección del ovario, tuvo un caso de muerte á consecuencia de una peritonitis séptica; las 26 restantes todas han curado y han sido vueltas á ver, y examinadas en varias ocasiones, algunas 6 meses después de haber sufrido la operación; otras, 1, 2, 3 y 6 meses más tarde.

Una de estas enfermas había muerto



un año después de la operación á consecuencia de una oclusión intestinal; 2 habían sufrido una nueva laparotomía para extirpar el resto del ovario, en el que la degeneración había hecho sus progresos; 23 estaban curadas completamente y tenían una menstruación regular, y 8 de estas enfermas (por consecuencia, el 33%) habían llegado á ser embarazadas.

Desde el año 1893 el hábil Gine

cólogo de Berlín no ha cesado de preconizar el tratamiento conservador en las afecciones de los anexos; en la actualidad, el número de operaciones practicadas en este sentido, con resultados de día en día más satisfactorios, traspasa de varias centenas, habiendo obtenido un 10% de embarazos en casos de resección del ovario y aun más en el caso de punción de pequeños quistes foliculares.

A raíz de la interesante comunicación de Martin en el Congreso de Bonn, se entabló una discusión importantísima á propósito de las operaciones conservatrices, y los Ginecólogos más distinguidos emitieron su opinión.

Schatz comunicó varios casos y se mostró favorable al método conservatriz.

Lezweifel, no dejando de reconocer las ventajas del procedimiento, recomendaba una gran

prudencia; habló de un caso en el cual fué obligado de hacer una segunda laparotomía, para extirpar el fragmento de ovario que había conservado y que estaba enteramente esclero-quístico; la operación había sido muy difícil, porque el fragmento de ovario se hallaba fuertemente adherido al recto y meso-recto; habló también del peligro de las operaciones conservatrices de la trompa, pues de seis resecciones había tenido un muerto, si

bien es verdad que se trataba en este caso de una  
piosalpingitis y que la enferma murió de peritonitis  
séptica.

Hegar de Friburgo, desaprobó formalmente el procedimiento conservador: decía que él había hecho un ensayo deplorable; había extirpado en una mujer el ovario de un lado por cistoma (quiste polifero) y conservando el ovario del otro lado, que aunque sospechoso, le pareció suficientemente

indemne; el examen microscópico despues de la operación le demostró que lo que habia tomado por un tumor benigno era en realidad un sarcoma; la enferma curó sin embargo y tuvo un niño raquítico, pero algún tiempo más tarde el ovario conservado era asiento de un sarcoma y la enferma murió.

Leopold (de Dresde) participa tambien de la opinión de Hegar y menciona dos casos

desfavorables.

Landau (de Berlín) y Chrobak (de Viena) se declara opuesto á la resección de la trompa que puede dar lugar á un embarazo extra-uterino. En la actualidad Chrobak es uno de los más ardientes partidarios de la conservación por la razón fisiológica.

Skutsch (de Yena) habla de un caso de hidrosalpingitis, curado por la salpingostomía

con conservación de los 2 ovarios.

J. Muller (de Berna) aconseja en lugar de la resección del ovario la ignipuntural practicada con el termocauterio, y dice ha empleado varias veces este procedimiento.

Como se vé, las opiniones de los autores son contradictorias en esta época, y casi más las desfavorables que las favorables á la conservación. Sin embargo, debemos de señalar que



en Alemania y Viena, la casi totalidad de los cirujanos se ha pronunciado en la actualidad en favor de la conservación.

Gusserow y Wildow hacen la resección en los casos de quiste dermoideo del ovario.

Hofmeier aconseja las operaciones conservatrices.

Sippel en el año 1893 publicó una interesante observación de ablación de un ova-

no con resección del otro, que fué seguido de un parto á término.

Olshausen es favorable á la conservación y dice que siempre que en el curso de una ovariotomía se hallan sobre el otro ovario pequeñas formaciones quísticas, debe limitarse á la función simple y respetar el órgano.

La comunicación de Matthaei en 1895 á la Sociedad de Obstetricia de Berlín

sobre la resección del ovario, es interesantísima y comprende 6 casos de resección del ovario por quiste dermoide; todas las 6 curaron, y de éstas, 5 habían llegado á embarazadas y el parto se había verificado de un modo normal; en cuanto á la sexta no fué embarazada, pero podía perfectamente concebir, pues era soltera; así que puede decirse que este caso obtuvo un 100% de embarazos después de la resección del ovario.

Fanestiel, en la obra de Veit, cita 17 casos de operaciones conservatrices del ovario con resultados excelentes.

Gersuny (Viena) el 4 de Febrero del 1899 decía que en las operaciones sobre el ovario es necesario ser todo lo conservador posible; él hacía ya 8 años que seguía este principio en la extirpación de tumores del ovario, aprovechando y conservando las partes sanas del órgano todas las veces

que el volumen y la naturaleza del neoplasma lo permitian.

Porzi fué en Francia el promotor y defensor más ardiente de las operaciones conservativas del ovario.

En muy variadas ocasiones y en numerosos trabajos personales ó hechos por sus alumnos ha defendido y preconizado estas operaciones y todos sus esfuerzos han tenido por fin el aclima-

tarlas en Francia.

Es á él, que pertenece el verdadero mérito de haber ensabrado las ventajas de la ignipuntura en el tratamiento de la ovaritis-esclero-quística, puesto que si bien es cierto que Muller (de Berna) había ya hablado en el Congreso de Bonn de la ignipuntura, no había publicado ningun resultado.

Es Pozzi quien ha reglado la técnica

de esta operación, formulando sus indicaciones y vulgarizando su práctica. La primera comunicación de Porri á la Sociedad de Cirujía de París, remonta al mes de Julio de 1891 y comprende dos casos de resección del ovario.

En una comunicación hecha á la Academia de Medicina en 21 de Febrero de 1893 dió á conocer un nuevo tratamiento de la ovaritis difusa y esclero-quística y fué el primero que

aplicó la ignipuntura como método general en el tratamiento de esta afección, mostrando las ventajas de la cauterización, y finalmente, dió las indicaciones y la técnica de la salpingografía complementaria.

Los resultados publicados por Pozzi en esta memoria eran de un grandísimo valor, pero eran demasiado recientes para ser admitidos sin reparos; pero el tiempo ha pasado, los hechos, en



tonces recientes, han llegado á ser antiguos; nuevas operaciones han aportado nuevos triunfos, y su número y sus éxitos son hoy más que suficientes para llevar la convicción al ánimo de los cirujanos y confirmar plenamente las esperanzas primeras del gran ginecólogo francés.

A la reunión de la British Med. Association, de Newcastle en 1893 y en el XI Congreso Médico Internacional de Roma

hizo comunicaciones sobre el mismo propósito.

En una memoria aun reciente é interesantísima dió la estadística completa de operaciones conservatrices del ovario, que habia hecho desde 1891 al 1897; el número de estas operaciones hasta esta época era de 62; de estas 62 todas habian salido curadas de la operación, y 48 habian sido vueltas á ver después de un espacio de tiempo variable de 6 meses á 5 años.

Sobre estas 48 enfermas vueltas á ver, 33 estaban completamente curadas; 7 no habían obtenido ningún beneficio de la operación y 8 habían tenido que sufrir una operación iterativa; 12 de estas enfermas, es decir, el 25% habían llegado á ser embarazadas.

Del 1897 hasta la fecha el número de sus estadísticas se ha aumentado considerablemente y con excelentes resultados.

Además de Pozzi, no he de olvidar á Schwartz, Delbet, Richelot, Fuffier, Leguen, Ferrer, Clado, Duplay y Fayle que han igualmente practicado y aconsejado las operaciones conservatrices de los anexos en Francia.

Una de las observaciones de Delbet, es particularmente interesante; se trataba de una mujer de 27 años que había manifestado el deseo de poder tener familia después de la operación;

á la abertura del vientre Delbet halló los anexos del lado izquierdo con alteraciones profundas é hizo la ablación; del lado derecho, la trompa estaba atacada de salpingitis catarral, el frabellón obliterado aunque no distendido, é hizo de este lado la salpingostomia, conservando el ovario y la trompa; la enferma curó completamente y tuvo un parto á término; cinco años después se hallaba en un estado de salud excelente y habia teni-

do aun otro parto. Esta operación fué el primer caso de salpingostomia hecho en Francia.

El hábil cirujano Lequeu aconseja la cirugía conservativa en un tratado de Ginecología del año 1898 y comunica un caso de salpingostomia hecho por él y seguido de embarazo.

Clado aplica desde hace 4 años en el servicio de Ginecología del Hotel Dieu el tratamiento conservador del ovario y de la trompa.

ocupándose más especialmente con Duplay del tratamiento conservador de la trompa, siendo él, el inventor y vulgarizador de la salpingo-ovario-sindesis, nuevo procedimiento de conservación de la trompa y ovario, muy ingenioso y de cuya técnica operatoria nos ocuparemos en otro lugar.

Debemos decir, sin embargo, que de una manera general y a pesar de los brillantes resultados obtenidos por los cirujanos que acabamos de

citar, la cirugía conservatrix de los anexos no goza de un gran favor en Francia.

Algunos cirujanos y de los más notables, entre ellos Rouvier, Segond, Bouilly y Reclus, si no se oponen en principio á las operaciones conservatrices, no les acuerdan su legitimo valor y las miran con cierta desconfianza.

Pueda ser que una de las causas de este desdén de los cirujanos franceses respecto á las



operaciones conservatrices, sea debido, como decía el año 1898 el cirujano americano Dudley á la gran habilidad que ellos han adquirido en la práctica de la histerectomía vaginal, y dice á este propósito, que los cirujanos franceses han llegado á adquirir tal destreza en la práctica de la histerectomía, que ellos son involuntariamente uno de los más grandes factores de la despoblación de su país, disminuyendo el número de embarazos.

En América son Dudley, Polk, Morris y Kelly los más ardientes partidarios y defensores de estas operaciones.

La obra de Dudley en este sentido es considerable y una de las más bellas. Desde Octubre de 1887, dato de su primera operación conservatrix, hasta el 1898, dato de su última comunicación, había hecho 103 operaciones, sin un solo caso de muerte ni recidiva.

Para apreciar bien la importancia de sus resultados, es necesario señalar que para Dudley la palabra conservación significa resección de una parte del ovario y conservación del resto, y de ningún modo una operación poco grave como la ignipuntura; es más, en muchos casos él ha reseccionado la parte más grande de ovario, no conservando apenas que un trozo del tamaño de un guisante, y en varios casos ha hecho la resección de

la trompa, no sólo por salpingitis catarral, sino hasta por piosalpingitis.

El año 1896 él comunicaba 68 casos al The Woman's Hospital Society, y el 97, á la Association Medical de New York, 88 casos en el que el número de embarazos se hallaba en una proporción de 16%.

Los trabajos de Polk en este terreno no son menos considerables ni menos brillantes.

En 1886 plantó la siguiente cuestión ante la Sociedad de Medicina de Washington.  
 ¿ Puede obtenerse la curación en las afecciones crónicas de los anexos sin sacrificar la menstruación y la ovulación? Su respuesta fué afirmativa.

El año siguiente presentaba á la Sociedad de Obstetricia de New-York, 8 casos de salpingitis catarral con adherencias, tratadas con buen resultado por la simple liberación de

las adherencias. Desde esta época, el ilustre profesor de New-York no ha cesado de trabajar y de interesarse grandemente de la cuestión, aportando el concurso de su larga experiencia y de su gran autoridad científica.

En su comunicado al Congreso de Medicina Americano en 1891, trata detenidamente la cuestión de las operaciones destinadas á preservar los anexos uterinos, y comunica 42 casos.

En Mayo de 1893, ante la Sociedad de Ginecología Americana, relata 28 nuevos casos; y en fin, el 1894, en su comunicado al Congreso de Medicina y Cirujía celebrado en Washington, sobre la cirugía conservativa de los órganos pelvianos de la mujer, expone la cuestión de un modo magistral.

Después de pasar en revista las diferentes operaciones conservativas que se hacen sobre

Los órganos pelvianos de la mujer: perineorrafia, colporrafia, estomatoplastia, raspados, miomectomias, etc., etc., hace resaltar que el fin que se persigue en todas estas operaciones, es la preservación de la función, y dice que la misma tendencia debe guiar al cirujano en las operaciones de los anexos.

Para él, el fin primordial de estas operaciones debe ser la preservación de la menstruación y de la ovulación, y con ella la integridad física



y mental de la mujer; la conservación de la fecundidad la coloca en segundo término.

Estas operaciones están indicadas, según su opinión, no solamente en los casos de salpingitis catarral, ovaritis, peri-ovaritis y adherencias, sino también en los casos de hidrosalpingitis, hemato-salpingitis, piusalpingitis, absesos del ovario, etc., en los que generalmente se hace la extirpación, y aun él mismo lo aconsejaba en sus primeras memorias.

En estos casos, si la trompa se halla en un estado imposible á conservar, lo extirpa completamente, pero conservando el ovario.

Kelly (de Baltimore) decía el año 1898 que en la práctica se sacrificaba muy á menudo la trompa y el ovario inútilmente, por costumbre, por rutina, ó simplemente por una cuestión técnica, porque es más fácil hacer la extirpación completa que la resección parcial.

Si se extirpa la trompa se suprime la posibilidad de la concepción, pero se conserva la menstruación; si se extirpan los ovarios, se sacrifica su secreción interna; y si se extirpa el útero, se sacrifica la menstruación.

Debe, pues, siempre tenderse á la conservación de la trompa en totalidad ó en parte, de manera á hacer subsistir siempre en la enferma una esperanza de embarazo, lo que consti-

tuye para ella una inmensa satisfacción.

No obstante, la conservación tiene sus límites; en las mujeres cerca de la menopausia no es necesaria; por el contrario, en las mujeres jóvenes, puede llevarse este deseo de conservación hasta dejar, si es posible, el menor rastro de ovario. Sin embargo, en los casos de papiloma o de carcinoma está contra-indicada.

Para Kelly es una falta el extirpar

los ovarios cuando se extirpa un útero fibromatoso. Como ejemplo de lo que puede obtenerse por la conservación, cita entre otras, una observación interesante de su práctica; en la que había practicado la ablación completa de la trompa derecha y del ovario izquierdo, conservando la trompa izquierda y el ovario derecho, la enferma curó completamente y llegó á ser embarazada al cabo de un año, pero como el embarazo era extra-uterino,

procedió á la extirpación de la trompa izquierda, respetando, sin embargo, como en la primera ocasión, el ovario derecho; la enferma conserva su menstruación regular y una salud perfecta.

Morris el 17 de Octubre de 1896 señalaba distintos medios de reconstrucción de la trompa y ovarios, y decía que despues de haber librado á los anexos de las adherencias que les rodeaban, podían separarse las franjas del pa-

bellón y hacer el cateterismo del oviducto, y con el objeto de impedir la formación de nuevas adherencias, aconsejaba tocar las superficies sangrientas con permanganato de potasa pulverizado, y una vez asegurado de la hemostasia, espolvoreaba los anexos con aristol á nivel de los puntos donde tenían su inserción las adherencias; el aristol era rápidamente recubierto por un coágulo seroso que opondría un gran obstáculo á la formación des

nuevas adherencias y que permitiría al endotelium su fácil reproducción; y llega hasta á proponer que, en caso de que el ovario esté del todo destruido, pueda insertarse tejido ovárico proveniente de otra enferma.

Gill Wylie (de New York) y Reynold (de Boston) son tambien partidarios de las operaciones conservatrices; este último dice que la cirugía conservatriz del ovario es la cuestión palpitante



de la actualidad y que el progreso en el porvenir debe tender á salvar y conservar el tejido ovárico; pero á pesar de esta convicción, dice que los conocimientos clínicos actuales acerca de las condiciones en las cuales nos es permitido dejar una porción de ovario enfermo sin peligro para la enferma son todavía insuficientes y halla más prudente en los casos dudosos la extirpación que la conservación.

---

## Indicaciones.= Contra-indicaciones.

---

De un modo general, las indicaciones de las operaciones conservatrices son las mismas que las de la histerectomía abdominal o vaginal.

Hay dos grandes indicaciones de la

Histerectomía: primera, cuando la vida de la enferma se halla en peligro; segunda, cuando á pesar de un tratamiento médico quirúrgico bien dirigido y lo suficientemente prolongado, las lesiones persisten y hacen de la vida de la enferma un tormento.

A estas dos grandes indicaciones se debe añadir una tercera, cuando se trata de una operación conservativa; la enferma es todavía joven.

Esta última indicación es capital; en efecto, la razón de ser de las operaciones conservatrices es la conservación de las funciones del ovario, es decir, la secreción interna y la ovulación, y por consecuencia, la conservación de la integridad física y psíquica de la enferma.

Cuando la mujer está cerca de la menopausia, la conservación no tiene razón de ser, y sin querer fijar una edad, puede decirse, sin em-

bargo, que después de los 35 años la conservación pierde en parte su interés.

De aquí resulta que no debe admitirse, bajo pretexto de conservación, una intervención que no sea justificada, por un cuadro sintomático serio, pues no porque una mujer tenga algunos dolores de vientre y algunos desórdenes menstruales, procederemos á la abertura del vientre, ni aun con el fin de practicar una operación conservatrix.

En estas operaciones, así como cuando se trata de una operación radical, debe antes de intervenirse quirúrgicamente, ponerse en obra y agotar los medios médicos y médico-quirúrgicos, pues es necesario saber ser médico antes de ser cirujano.

Es necesario ensayar el método indirecto recomendado por Walton y Doleris, pues que si bien no es una regla absoluta, es innegable que la

dilatación uterina, el raspado, el drenaje, el tapo-  
namiento convenientemente dirigido, puede dar  
verdaderas curaciones en el período inicial, en el  
que las lesiones anexiales no son profundas.

Se pregunta cuánto tiempo debe espe-  
rarse antes de intervenir quirúrgicamente; pues  
bien, esto depende de varias circunstancias, entre  
otras, de la marcha misma de la enfermedad, que  
nos indicará, por decirlo así, el tiempo oportuno.

en que debemos intervenir; pero hay aun otra circunstancia que juega un gran papel en la fijación del momento de intervención, y es la posición social de la enferma.

Si se trata de una mujer rica, se puede esperar largo tiempo, como dice muy bien Bouilly; deben ser no dias, sino meses los que debemos esperar en este caso; pero si la enferma es por el contrario pobre y necesita de su trabajo para las necesida-



des de la vida, no se podría prolongar seguramente largo tiempo la expectación, sin causarle un perjuicio.

¿ Cuales son los límites de la cirugía conservadora sin peligro para la enferma? ó en otros términos, ¿ dónde termina la conservación para dejar el paso libre á la extirpación? Solo el examen directo de los órganos, nos permitiría resolver esta cuestión; como regla general, debemos tener

siempre presente en la mente, la hipótesis de una operación conservadora; pero sólo después de la abertura del vientre y hecho el examen atento de las lesiones, visto su grado y naturaleza podremos decidirnos, ya por la conservación, ya por la extirpación y con conocimiento de causa.

En consecuencia, toda laparotomía debe ser explorativa bajo el punto de vista de la intervención final, y no debe ser seguida fatalmente como

quieren algunos autores, de la extirpación total.

Las diferentes lesiones justificables del tratamiento conservador, son: para el ovario, las adherencias con peri-ovaritis, las diferentes formas de ovaritis crónica, los quistes foliculares, los quistes de los cuerpos amarillos, los hematomas, los neoplasmas benignos, los quistes wolffianos. = para la trompa, la salpingitis catarral, la hidrosalpingitis, la hematosalpingitis, la salpingo esclerosis,

y algunas veces la piosalpingitis.

---

### Adherencias con pelvi-peritonitis.

---

Las adherencias son muy frecuentes en las afecciones inflamatorias de los anexos.

Estas adherencias son producidas por la pelvi-peritonitis ó pelvi-metro-peritonitis, que acompaña siempre la lesión anexial.

Elas engloban por regla general el ovario y la trompa y las mantienen adheridas á la pared posterior del útero, encontrándoseles muy á menudo prolapsados en el fondo de saco posterior.

En muchos casos son la causa de dolores intolerables y de otros síntomas mórbidos; y basta con librarle de estas adherencias para ver desaparecer todos los fenómenos y sobrevenir la curación.

Hadra de Texas fué el primero que el

aconsejó la ruptura simple de las adherencias en las inflamaciones de los anexos, pero es Polk el verdadero defensor y vulgarizador del método.

Ferrillon en Francia en 1889 obtuvo un buen éxito en un caso de salpingitis catarral, desgarrando las adherencias sin extirpar los anexos.

---

## Ovaritis Crónica.

---

Las formas principales de ovaritis crónica, en las que se puede aplicar el tratamiento conservador (ignipuntura y resección), son: la "ovaritis difusa" (varicocele tubo-ovárico) y la "ovaritis-esclero-quística" ó "esclero-micro-quística" de Porzi, en que las lesiones en su mayor ó menor parte están constituidas por la degeneración quística de los folículos de

Graaf, unido esto á un cierto grado de esclerosis.

Es á propósito de estas afecciones, que se ha discutido y se discute aun en la actualidad, acerca de la legitimidad de las operaciones conservatrices, sin haberse llegado á un acuerdo.

Si bien cirujanos como Porzi, Martin y Polk las preconizan y obtienen buenos resultados; otros, como Bouilly, Routier y Segond ponen en duda su eficacia y llegan hasta consi-



derarlas como inútiles é irracionales. Para estos autores, en efecto, las inflamaciones crónicas del ovario y de la trompa evolucionan fatalmente hacia la destrucción y la alteración completa del órgano. Bajo el punto de vista funcional y toda operación conservativa es ilógica, puesto que se conserva un órgano inútil y destruido para siempre.

La lesión está diseminada en todo el órgano, y si bien en ciertos puntos está más avan-

zada siempre es generalizada. Así es que estos autores consideran bajo el punto de vista terapéutico las inflamaciones de los anexos como afecciones malignas. La indicación será, pues, la misma en estos casos: ablación total del órgano, la castración, no sólo unilateral, sino bilateral, con el fin de evitar una segunda intervención, pues conservar una parte del órgano o el órgano entero es dejar una causa de recidiva, un germen

de nueva inflamación.

Paul Petit, en el que la competencia en estas materias es conocida, rechaza igualmente la ignipuntura y la resección en la ovaritis-esclero-quística.

Para ello él comienza por preguntare qué es lo que se entiende por ovaritis-esclero-quística y dice á este propósito que desde el momento en que un ovario presenta en su superficie algunos

foliculos rellenos de liquido, se tiene el derecho y así se hace en la práctica corriente, de hablar de ovaritis-esclero-quística; por otra parte, cuando vemos un ovario en el que estos foliculos han alcanzado un cierto volumen, que oscila entre 2 y 2 y  $\frac{1}{2}$  centímetros de diámetro y que al mismo tiempo hay una esclerosis concomitante del estroma, no una esclerosis limitada á una zona periférica al foliculo, no una esclerosis apreciable al microscopio,

sino una esclerosis apreciable al dedo, tambien se tiene el derecho y así se hace, al hablar de ovaritis-esclero-quística.

Ahora bien, en el primer caso, en el que la consistencia elástica especial nos da la característica del órgano sano, no se trata más que de los folículos de regresión fisiológica, folículos que se habían puesto en movimiento hacia la puestal ovariana, á manera de un cortejo de lujo del foli-

culo que primero llega á la madurez y en este caso se trata de ovarios perfectamente sanos y es ilógico oponer el hierro y el fuego contra esos pequeños órganos víctimas de su abnegación fisiológica; pues si es con el objeto de aseptizarlos, éstos no encierran microbios; y si es para prevenir la proliferación de su epitelio, tampoco tiene objeto alguno, pues este epitelium está definitivamente suspenso en su desarrollo y los folículos abortados de que están

revestidos estos órganos, están probablemente destinados á desaparecer por proliferación del tejido conjuntivo, del mismo modo que desaparecen las cicatrices de los cuerpos amarillos y de la misma manera que se disipan los folículos primordiales en los fetos á término?

En el segundo caso, dice que la esclerosis del estroma está generalizada, y siendo total la transformación fibrosa, la ablación completa

está justificada.

Para la ovaritis edematosa Petit admite la ignipuntura, así como la resección en los neoplasmas benignos.

Hay aun otro argumento que hacen valer los adversarios de la ignipuntura y de la resección en la ovaritis crónica y es que dicen que ésta produce la esclerosis y va en consecuencia contra el fin que se propone; pero este argumento, como



lo hace notar Pozzi, no tiene valor, puesto que esto no puede tener lugar más que en el caso en que la reparación se haga con supuración y granulación consecutiva y de ningún modo cuando se verifica de una manera aseptica, como debe serlo siempre en el interior de la cavidad pelviana; en este caso, la escara que se produce á consecuencia de la cauterización es reabsorbida molécula á molécula y sin trabajo inflamatorio y por conse-

cuencia sin proliferación embrionaria susceptible de organizarse en tejido esclerósico.

Pozzi ha tenido la ocasión de demostrar experimentalmente este hecho en un caso en el que, después de haber hecho la ignipuntura, tuvo que practicar algún tiempo después la histerectomía vaginal y halló sobre el ovario ignipunturado, restos carbonosos, situados en medio de los tejidos, los que no habían provocado á su alrededor

ningún trabajo de proliferación.

Se han opuesto aun otros dos argumentos: uno que hace referencia á las lesiones anatómo-patológicas; y otro, á los resultados negativos.

En lo concerniente á la Anatomía Patológica, puede decirse que los resultados de la Histología Patológica del ovario-esclero-quístico son todavía demasiado inciertos y contradictorios para poder deducir un argumento en pró' ó en con-

tra de estas operaciones, y despues de todo, la degeneración no está generalizada como se dice, ni la esclerosis tan completa.

Al lado de casos en que se trata de verdaderas cirrosis ováricas, en las que toda operación parcial sería irracional, hay otras en que la alteración del tejido ovárico no es completa, ni la esclerosis del tejido conjuntivo total, en las que se limita á ciertas partes de la capa ovígena, encon-

trándose porciones en las que no existen ni quistes  
ni esclerosis y en los que se puede atestiguar la  
presencia de óvulos y de folículos de Graaf, en apa-  
riencia sanos como lo hacen constar Pilliet y  
Conzette.

Se objeta que es difícil el conocer la ex-  
tensión de la lesión y el grado de esclerosis, á lo que  
se responde que en la práctica el examen de la con-  
sistencia del ovario nos dá indicaciones suficientes;

pero si esto no bastase, se puede sin ningún inconveniente hacer una incisión exploratriz é incidir profundamente el ovario para examinarle en todas sus capas, como lo aconsejan Polk y Vidal que dicen debe siempre practicarse, pues es una incisión inocente en un todo igual á la que resulta de la resección.

En cuanto á los resultados negativos ó sea las recidivas, existen realmente, pero no son

más numerosas que las que resultan de las operaciones radicales, y en todo caso el número de curaciones perfectas sobrepasa en mucho al de recidivas, como lo demuestran las estadísticas de Porri, Martín y Polk.

Por último, algunos han dicho que sólo se trataba de lesiones banales, sin importancia é insuficientes á explicar los síntomas dolorosos y que se trata de mujeres histéricas en las que la

operación obra por sugestión; obfusión que tiene  
 muy escaso valor, pues salvo alguna rara excep-  
 ción, en ninguna operada se han encontrado  
 los estigmas históricos.

---

Quistes foliculares. = Quistes de los cuerpos amarillos.  
 Quistes hemáticos.

---

Bajo el punto de vista operatorio tenemos



la ventaja de reunir estas tres alteraciones, en las que tenemos que llenar la misma indicación: resección del quiste y de una porción del ovario, con conservación de la parte sana.

Estas afecciones coexisten con la ovaritis esclero-quística y derivan de un proceso mórbido idéntico que es la hidropesía folicular; pero aunque idénticos ó casi idénticos, tanto bajo el punto de vista histológico, como anatómico patológico, no es menos

cierto que bajo el punto de vista macroscópico, ellos difieren notablemente y merecen ser formalmente distinguidos, pues si al histólogo para su nomenclatura no le importa que un folículo quístico de Graaf tenga el volumen de una lenteja ó de una nuez, esto es capitalísimo para el operador.

El volumen de estos quistes varia desde el de una nuez de gran tamaño al de una pequeña avellana; su contenido puede ser seroso ó

hemático; los quistes de los cuerpos amarillos, por lo general no exceden del tamaño de una avellana, y como hace notar con mucha oportunidad Pozzi, debería denominarseles cuerpos amarillos patológicos, pues estas producciones anormales contienen muy raras veces líquido, estando formados por una pequeña masa sólida de la que su pared se distingue más por su color amarillo y su aspecto festoneado, que por la consistencia de su parte

central, que es rosada y vítrea.

Algunas veces el ovario entero está invadido, pero en general la lesión se circunscribe á una porción del ovario, muy á menudo hacia los polos, quedando el resto sano.

Estos pequeños quistes no tienen nada que ver con los gruesos quistes del ovario, papilares ó glandulares, no son tampoco quistes en miniatura, como les llaman los autores ingleses; éstos

son el producto de una ovulación anormal ó de una puesta anormal y la lesión está constituida por una puesta del epitelium del folículo, sin proliferación epitelial ni células metatípicas.

La resección de la parte lesionada y la conservación de la parte sana, debe ser, pues, nuestra regla, debiendo recurrirse á la extirpación total cuando la lesión comprenda la totalidad del órgano.

Pero en interés de la conservación de las funciones del ovario, debe siempre esforzarse en salvar una parte por pequeña que ésta sea, pues la experiencia demuestra que basta un resto insignificante para conservar la secreción interna, la ovulación y la menstruación.

---

### Neoplasmas.

En los neoplasmas del ovario se dis-

tinguen tres categorías:

1<sup>a</sup> - Los "neoplasmas benignos," como son ciertos quistes del ovario, no colóides ni papilares, y sí de un contenido seroso, y los quistes dermoides y fibromas.

2<sup>a</sup> - Los "neoplasmas á pronóstico dudoso," quistes prolifero glandulares, de contenido colóide y gelatinoso y con bolsas múltiples.

3<sup>a</sup> - Los "neoplasmas ciertamente ma-

lignos," comprendiendo todos los tumores papilares y algunos tumores no papilares, sólidos ó mixomatosos, como el epitelionoma, sarcoma, etc.; que se hacen sospechosos por la ascitis concomitante y su rápida marcha.

En los neoplasmas ciertamente benignos, la resección está indicada, si el tumor está bien circunscrito y no interesa más que una parte del ovario; debiendo comprender la resección e



el neoplasma y su superficie de implantación.

Los quistes dermoides deben siempre ser considerados como tumores benignos, pues si bien es verdad que puede sufrir la degeneración cancerosa, esto es rarísimo.

Los fibromas puros del ovario son muy raros y en general se trata de fibro-sarcomas ó fibro-miomas, en los que se impone la ablación; sin embargo, los fibromas de los cuerpos

amarillos, descritos por Rokinstansky se hallan generalmente bien circunscriptos y la resección puede hallarse indicada.

En cuanto á los neoplasmas de pronóstico dudoso, tendremos en cuenta la variedad de quiste y su marcha clínica; si es un quiste proliferativo glandular (Cistoma de los Alemanes) de contenido seroso, sin materia coloidal ni vegetación de ninguna especie, desarrollado lentamente y

sin grave detrimento de la salud, puede considerarse como benigno y limitarse á la ablación de un lado y resección parcial del otro; pero si es un quiste glandular con marcha galopante y de contenido colóide, con partes semi-sólidas, en este caso la ablación bilateral deberá practicarse, aun cuando uno de los ovarios nos pareciese bueno, pues la recidiva es casi cierta en estos casos.

La misma conducta se impone en los

quistes proliferos papilares y neoplasmas ciertamente malignos, como son el epiteloma, sarcoma, carcinoma, etc.

Sistemáticamente, deberá hacerse siempre el examen microscópico del neoplasma extirpado, y si en un caso en que hubiéramos practicado la conservación, nos demostrase el microscopio la naturaleza maligna del tumor, deberá, tal como lo aconseja Patch, hacerse una segunda lapa

rotomía y extirpar el ovario conservado, ó en caso de que titubeáramos en proceder á un medio tan enérgico, deberá ponerse á la enferma en observación y operarle al primer signo de recidiva.

---

### Quistes Wolffianos.

---

Se les llama "quistes para-ováricos" porque su punto de origen está en el para-ovario y en los

órganos de Rosenmüller, desarrollándose entre las hojas del meso-salpinx que ellos separan; siendo preferible el nombre de quistes wolffianos, pues que nacen á expensas de los restos del cuerpo de Wolff, análogos, bajo el punto de vista patológico, á los quistes del epididimo del hombre.

Se hallan situados entre el ovario, trompa, útero, los ligamentos ováricos y tubo-ováricos y raramente son atacados el ovario y la trompa,

siendo por lo general separados el uno del otro.



La intervención consistió en enucleár el quiste y conservar los anexos si se hallan sanos, como es la regla; esto en el supuesto de que se trata de quistes hialinos, pues si se trata de quistes papilares ó de tumores malignos la conservación está contra-indicada.

---

## Operaciones conservatrices de la trompa.

---

Hemos estudiado hasta aquí las indicaciones de las operaciones conservatrices del ovario e independientemente de las lesiones de la trompa; pero en la práctica, las alteraciones de la trompa acompañan casi siempre á las alteraciones del ovario, de tal suerte, que puede decirse que no hay ovaritis ni salpingitis, sino que generalmente se



trata de salpingo-ovaritis.

Es, pues, del conjunto de alteraciones de estos dos órganos de donde debemos deducir las indicaciones, y las operaciones conservatrices de la trompa son un complemento necesario de las del ovario.

Las operaciones conservatrices que pueden practicarse sobre la trompa son: "salpingonafia;" "cateterismo y drenaje de la trompa;" "agrandamiento del orificio, parcialmente obliterado;" "la

«salpingostomia» (ó creación de un orificio nuevo); la «resección de la trompa»; la «salpingo-ovario-sindesis» y la «salpingoplastia».

La salpingografía y el restablecimiento por el cateterismo del orificio abdominal incompletamente obliterado son aceptados por todos los ginecólogos, y deben ser practicados despues de la resección del ovario ó la ruptura de las adherencias, siempre que la trompa esté permeable.

En este caso, la trompa que se hallaba enrollada ó apretada sobre ella misma, por la acción de las adherencias cae en la pequeña pelvis, después de la ruptura de éstas, como una flor en la que se ha magullado el tallo, según la pintoresca expresión de Pozzi; y para impedir que se extravíe, Pozzi ha tenido la idea de adosar el pabellón sobre el muñón del ovario, fijándolo por puntos de sutura.

Las otras intervenciones que tienen por fin el restaurar una trompa parcialmente obliterada conservando su parte sana, no son aceptadas, que por algunos cirujanos.

Reconstruidas y defendidas por Martin (de Berlin) y practicadas tambien por Skutschel, Polk, Dudley, Gersuny, Mackenrodt, Leguen, Delbet y Clado, son completamente rechazadas por Pozzi y la mayor parte de los ginecólogos.

franceses, que las consideran como inútiles é ilusorias, invocando varias razones para rechazarlas.

1<sup>a</sup>. - La razón de ser de las operaciones conservatrices, es la conservación de la fecundación y ésta no es posible más que en el caso en que la trompa ha conservado su integridad completa, es decir, su "epitelium vibráctil" y sus "fibras contráctiles"; pero en toda inflamación de alguna importancia y alguna duración del oviducto y en el que el

pebellón ha desaparecido, se hallan también generalmente más ó menos obliterados del lado de su extremidad uterina, llegando á ser el órgano poco ó nada permeable é inerte.

Por consecuencia, la trompa así alterada no podría jugar su papel fisiológico, pues que la migración y el transporte del óvulo hacia el útero no pueden realizarse que por los movimientos de las pestañas vibrátiles y de las fibras contráctiles,

que no tendrían lugar, dado el grado de la lesión; luego el embarazo será imposible.

2.<sup>a</sup> - Estas operaciones no dejan de presentar una cierta gravedad operatoria.

A pesar de la gran competencia de Porzi en la materia, estos argumentos no son decisivos.

1.<sup>o</sup> - Porque si bien es cierto que los embarazos son raros después de estas operaciones, sin embargo, ellos existen real e incontestablemente

y á este sujeto citaremos varios casos, como son el de Lequeu por salpingo-ovaritis, con obliteración completa de la trompa (ignipuntura y salpingostomia bilateral); uno de Richelot, de ovaritis crónica y salpingitis parainquimatosa con obliteración completa de las dos trompas por adherencias; dos casos de Martin por hidrosalpingitis; dos de Mac Kenrodt por hidrosalpingitis; uno de Polk por hematosalpingitis; uno de Baer; uno de Monagle por



piosalpingitis; uno de Gersuny por hemato-salpingitis; uno de Skutsch; uno de Delbet por salpingitis catarral y frabellón obliterado; otro del Ricard por adherencias y obstrucción del frabellón; y finalmente, uno de Vidal interesantísimo, en el que en el curso de una laparotomía por quiste del ovario del lado derecho, y después de hecha la ablación de este quiste, que contenía 22 litros de líquido cetrino, examinó los anexos del lado izquier-

do y halló que el ovario contenía pequeños quistes superficiales del tamaño de una lenteja, los que reseco varios y destruyó otros con el termo-cauterio; conforme á su práctica, practicó una incisión amplia en todo el espesor del ovario, y en vista de que no habia lesiones profundas manifiestas, suturó la incisión por tres puntos de catgut; en cuanto á la trompa, estaba ligeramente adherida á la pared posterior del útero, adherencias que cedieron fácil-

mente; su frabellón estaba obliterado por la aglu-  
tinación de las franjas, hallándose reducido el ovi-  
ducto á un cordón esclerósico y duro, estrechado e  
fuertemente junto al frabellón así como en una  
extensión de 7 á 8 milímetros, en el comienzo de su  
tercio interno; separadas las franjas tubarias incir-  
dió con unas tijeras el primer punto estrechado y  
después el segundo, practicando la salpingoplastia;  
la enferma curó y tuvo un parto á término á los

15 meses después de la intervención.

En resumen, tenemos 14 casos auténticos y bien demostrados de embarazo después de una operación conservatriz, hecha en los casos de lesiones avanzadas de la trompa.

El conjunto de estos hechos demuestra de una manera irrefutable, que la integridad de la estructura histológica y anatómica de la trompa no es absolutamente necesaria para que pueda

cumplir con el papel fisiológico que le está encomendado; que el embarazo pueda tener lugar aun en los casos de lesiones avanzadas de las trompas, tales como la piosalpingitis, hematosalpingitis é hidrosalpingitis, en el que debemos creer existe una alteración profunda é irreparable de la mucosa y capa fibro-muscular.

Nos vemos, pues, forzados á admitir en presencia de estos hechos, ó bien que las lesiones

no son tan profundas como se creen, ó bien que son susceptibles de regresión y reparación; que una trompa obliterada puede recobrar su permeabilidad, y que la mucosa tubaria puede regenerarse y recobrar todos los caracteres de la mucosa del pabellón á nivel del orificio de nueva formación de una trompa reseca.

Las nociones de Anatomía patológica vienen á dilucidar esta cuestión de la posibilidad

del embarazo

Se sabe, en efecto, después de los trabajos de Raymond, que la oclusión del ostium uterinum es de una rareza extremada, aun en lesiones supuradas; Wesley, Bovey y Ries, de Chicago, han demostrado, por medio de exámenes histológicos de muñones de trompas en las que se había practicado la salpingostomia y que habían sido seguidas de una histerectomia posterior; que la parte restante

se hallaba permeable, y que el epitelium cilindrico y vibráctil, se extendia hasta el orificio peritoneal del muñon, donde terminaba bruscamente.

La segunda objeccion que se ha hecho á las operaciones conservatrices de la trompa, se refiere á su gravedad, y aunque no es infundada, sólo puede aplicarse á las operaciones conservatrices por piosalpingitis, que son, en efecto, los únicos casos en los que la operacion ha podido determinar la



muerte por infección peritoneal.

El temor de ver sobrevenir un embarazo extra-uterino despues de una salpingostomia viene naturalmente al espíritu y ha sido expresado por varios autores; pero hasta el presente, ninguna observación ha venido á confirmar la legitimidad de esta aprehensión.

Actualmente, los casos de salpingostomia son bastante numerosos para que un hecho

aislado de embarazo ectópico que puede sobrevenir, sea considerado como una excepción y no como un hecho que condene la salpingostomía.

La cuestión de las operaciones conservadoras debe ser considerada en la actualidad bajo un punto de vista más vasto y elevado; su fin no debe limitarse como hasta ahora, á la conservación de la fecundidad, sino que ellas deben tener por objeto la conservación de todas las funcio-

nes del ovario, pues en la actualidad se tiende, en efecto á considerar el ovario, no como un órgano de función simple, sino como un órgano de funciones múltiples, y al lado de la ovulación, que es sin duda alguna su función fisiológica principal, y la menstruación en relación íntima con ella, se concede al ovario otro papel no menos importante, el de la secreción interna, y es principalmente para conservar esta secreción que deben practicarse, las opera-

ciones conservatrices, viniendo á ser colocada en segundo término la cuestión de la fecundidad; es así que tratando de esta manera, se está seguro de conservar á la mujer el máximo de integridad física y psíquica y se evitan los trastornos post-operatorios de orden nervioso y vaso-motor, consecuencia, casi fatal, de la supresión de los ovarios.

Siempre que tratemos de verificar una operación conservatrix, será necesario examinar con

mucho cuidado el ovario, pues que de su estado depende el que nos decidamos por la conservación ó la ablación de la trompa, y no es el estado de la trompa que debe decidir la conservación del ovario; en regla general, la trompa sigue la suerte del ovario.

De aquí resultará que si el ovario no puede ser conservado, la trompa debe ser extirpada al mismo tiempo que él; pero si el ovario está sano ó poco alterado y la trompa enferma, es necesario con-

servar el ovario y resecar la porción enferma de la trompa; y por último, si la trompa está muy alterada y el ovario es aun susceptible de conservación, se practicará la ablación completa de la trompa y la conservación del ovario.

Después de haber establecido la legitimidad y la razón de ser de las operaciones conservatrices de la trompa, réstanos indicar las afecciones en las cuales pueden practicarse.

Las operaciones conservatrices están indicadas:

1.<sup>o</sup> - «En los casos de adherencias» y de «peri-salpingitis»; 2.<sup>o</sup>, en la «salpingitis no quística catarral, con ó sin obliteración de la trompa»; 3.<sup>o</sup>, en las «salpingitis quísticas», «hemato-salpingitis» é «hidro-salpingitis», si la dilatación se halla limitada al tercio externo de la trompa y si el ovario está sano ó poco alterado; 4.<sup>o</sup>, en la «salpingo-esclerosis»; y 5.<sup>o</sup>, en la «piosalpingitis», siempre que la bolsa sea

de pequeñas dimensiones, su fús sea de buena calidad y las lesiones de la mucosa sean de naturaleza catarral.

En los casos de adherencias y de perisalpingitis, debe limitarse á la ruptura de las adherencias y á la salpingonafia seguida de cateterismo de la trompa. En la salpingitis catarral, sin obliteración de la trompa, la conducta que debemos seguir es la misma, siendo necesario en este



caso, exprimir el contenido mucoso ó muco-purulento de la trompa, limpiando cuidadosamente su canal por medio de inyecciones antisépticas, si fuera preciso; si el frabellón estuviese obliterado, intentaremos despegar sus franjas por medio de la sonda acanalada ó de un estilete, y si la obliteración fuese completa se practicará la resección ó la salpingostomía.

En las colecciones quísticas tubarias, se

son bilaterales y la dilatación comprende la parte más grande de la trompa, cualquiera que sea la naturaleza del contenido, está indicada la salpingectomia, extirpando la bolsa anexial, cual si fuese un tumor enquistado, pero sin embargo, si uno de los ovarios ó los dos están sanos ó poco lesionados, nos contentaremos siguiendo los consejos y el ejemplo de Polk, de extirpar la trompa conservando el ovario.

Si la dilatación quística se halla limitada sólo al tercio externo de la trompa, habiendo conservado el resto del órgano su consistencia y elasticidad normales, y de otro lado el ovario se halla poco enfermo, deberemos contentarnos con una operación parcial.

En estos casos seguiremos el precepto de Martin, y antes de decidimos por la extirpación, abriremos el saco examinando su contenido y el

estado de la mucosa de su pared, no presentando ningún inconveniente esta operación exploratriz, siempre que tomemos las precauciones necesarias á evitar la infección peritoneal.

Si el contenido es claro, transparente, seroso, en una palabra, si nos halláramos en presencia de una hidrosalpingitis, la conservación está indicada, pues la mayor parte de las veces este líquido es estéril, y las alteraciones de la mucosa

y de la pared son poco graves.

Si se trata de una hematosalpingitis la conservación deberá constituir la regla, pero es necesario que hagamos la distinción, según el contenido sea líquido ó según esté formado de coágulos organizados, duros y extratificados: en el primer caso se trata de una retención de sangre menstrual ó de una apoplejía tubaria, originada en el curso de una salpingitis catarral ó pu-

ruenta, y en este caso las lesiones no son tan profundas que alteren la estructura del órgano, y sólo nos limitaremos á vaciar la bolsa y en restablecer un nuevo orificio; en el segundo caso, cuando el contenido es sólido, generalmente se trata de un embarazo tubario, suspendido en sus comienzos por la muerte del embrión, que sea reabsorbido, siendo en este caso las lesiones profundas; pues sus paredes se hallan hipertrofiadas, degene-

radas y dilatadas, así como su mucosa ha perdido su epitelium y sus vellosidades, hallándose indicada en este caso la salpingostomia.

En el caso de salpingo-esclerosis ó estrecheces múltiples del conducto, que forman otros tantos obstáculos, será necesario destruirlos para que pueda caminar el germen hacia el óvulo, y el óvulo hacia el útero, y en este caso practicaremos la salpingoplastia.

Si el contenido es purulento, es decir, si se trata de una piosalpingitis, la ablación debe constituir la regla, y esta conducta se impone si el pius es fétido y de mala naturaleza; pero si es de buena calidad y descubrimos grumoso ó serosidad, lo cual nos indicara un comienzo de regresión, podremos vacilar entre la operación radical y una operación conservatrix, debiendo decidirmos el estado del ovario, pues si



éste se halla sano, es á la operación conservativa, que daremos la preferencia, pues á menudo el piis está estéril y las lesiones son poco profundas.

En todas estas indicaciones, al mismo tiempo que tenemos muy en cuenta el estado del ovario, así tambien deberemos fijar grandemente nuestra atención sobre las complicaciones uterinas; pues las lesiones anexiales se acompañan muy frecuentemente de una lesión uterina.

En la gran mayoría de los casos, la lesión uterina precede á la anexial y es su punto de partida, pero esta lesión es pasajera y desaparece sin dejar señal alguna ó bien es tan insignificante, que pasa desapercibida; pero hay ciertos casos, sin embargo, en que ella es grave y debe tenersele muy en cuenta.

Las indicaciones varían, según el grado de la lesión; si el útero y los anexos se hallan

seriamente comprometidos toda conservación es imposible y la histerectomía vaginal ó abdominal será la operación de elección; pero si la lesión uterina no presenta un carácter grave y los ovarios se hallan en estado de conservación, trataremos de conservarlos, pero sin olvidarnos de la lesión uterina; pues muchos fracasos de las operaciones conservatrices se deben á que se descuidan estas afecciones uterinas, así es que á este respecto, seguiremos la conducta

de Polk que preconiza el raspado, la dilatación uterina, el drenaje y el taponamiento como operaciones indispensables antes de toda operación conservatrix; ó bien imitaremos á Delbet, que en todos los casos de operaciones que recaen sobre los anexos hace sistemáticamente la histeropexia, con el fin de facilitar el drenaje y evitar las desviaciones uterinas consecutivas á la ablación ó resección de los anexos.

Resumiendo por lo que hace á las indicaciones de las operaciones conservatrices de los anexos, diremos que las del "ovario", "ignipuntura" y "reseción", están indicadas: en la "periv-ovaritis-con adherencias"; en las "ovaritis-esclero-quísticas"; en el "varicocele tubo-ovárico"; en los "quistes foliculares" y de los "cuerpos amarillos"; en el "hematoma"; en los "neoplasmas benignos" y en los quistes wolffianos; las de la "trompa" se hallan indicadas en las

“adherencias con peri-salpingitis”; en la “salpingitis catarral”; en la “hematosalpingitis”; en la “hidrosalpingitis”; en la “salpingo-esclerosis”; y en ciertos casos de “piosalpingitis” y de “embarazo tubario.”

Las contra-indicaciones son: 1.<sup>a</sup> los “neoplasmas malignos” ó de “benignidad dudosa”; los “quistes proliferos papilares”; en la “ovaritis esclerósica”; en la “tuberculosis”; en la “ovaritis supurada”; en la “piosalpingitis bilateral”; las “supuraciones di-

fusas de la pequeña pelvis" y en las lesiones avanzadas del útero."

2.<sup>a</sup> - Cuando está próxima la época de la menopausia y cuando la mujer ha tenido varios embarazos, así como cuando se trata de una mujer histérica ó neurasténica, bien sea primitiva ó secundaria.

---

# Técnica Operatoria.

Nuestra intención sobre este punto es el de ocuparnos de los métodos operatorios propiamente dichos, dejando de un lado las maniobras impropriadamente llamadas quirúrgicas, tales como el



masaje, cateterismo de la trompa por la vía uterina, la punción por la misma vía, la electroterapia, etc.

La primera cuestión que se presenta á la vista es la de saber cual es el camino que debemos de seguir; ¿es la vía vaginal ó la vía abdominal? Dejando de un lado la lucha que durante tanto tiempo se ha entablado entre laparotomistas é hysterectomistas, cuestión que ha apasiona-

do tanto á los ginecólogos; en la actualidad podemos decir que esta discusión ha perdido su importancia, pues ya la técnica perfeccionada, la histerectomía por la vía abdominal da tan buenos resultados como por la vía vaginal.

Como regla general diremos que en la casi totalidad de las operaciones conservatrices, debemos dar la preferencia á la vía abdominal, pues es la que nos proporciona más claridad y espacio.

permitiéndonos comprobar *de visu* las lesiones; es la que nos permite formar una idea clara, completa y cierta del grado, naturaleza y bilateralidad ó unilateralidad de la lesión; en fin, ella permite hacer un diagnóstico seguro y casi infalible, lo cual tiene una importancia capitalísima en la aplicación del método conservatrix.

Por esta vía se obra con conocimiento de causa y se limita la intervención á lo estrictamen-

te necesario, evitándonos el caminar ciegamente y de hacer mutilaciones inútiles, á lo que podría conducirnos un diagnóstico incompleto ó erróneo.

Un sólo argumento serio se ha opuesto á esta práctica, y es el peligro que resulta para la enferma, en casos de lesiones supuradas enquistadas de los anexos y en las que á causa de la extensión de la lesión, la conservación resulta imposible, debiendo apelarse á la castración ovárica;

es cierto que la ablación de los anexos supurados por la vía abdominal, en este caso sería más grave que la histerectomía vaginal, dada la posibilidad de romperse la bolsa y de infectar el peritoneo; pero en la actualidad, y gracias á los grandes progresos de la asepsia y antisepsia, puede hacerse esta castración sin hacer correr á la enferma riesgos mayores que por la vía vaginal.

La posibilidad de la eventración también

ha perdido su importancia, pues en la actualidad se evita con la sutura á tres planos del Porri ó con la sutura de Clado.

La vía abdominal deberá, pues, ser la de elección por regla general, y la vía vaginal, la excepción; sin embargo, añadiremos que en algunos casos, bien que poco frecuentes, la vía vaginal puede ser empleada con ventaja en ciertos casos bien determinados.

La laparotomía vaginal, sea anterior ó posterior, nos permite hacer la simple exploración; el tratamiento conservador ó la ablación total de los anexos. Las indicaciones de la coliotomía vaginal son reducidas, y de un modo general, como dice Bouilly, para que esté indicada, debe ser fácil; por lo tanto, podría ser aplicada en casos de ligeras lesiones unilaterales supuradas ó no, en el que los anexos son aun de pequeño.

volumen, móviles ó poco adheridos y prolapsados en el fondo de saco posterior.

A Gaillard Thomas corresponde el honor de haber primero reglado la extirpación de los anexos por medio de la colpotomía posterior; Byford, después de él, la empleó en América; Gottschalk, en Alemania; y en Francia fué Pique quien primero la defendió y después Pean, Bouilly, Ferrillon, Coullioud, Segond



y más tarde Faboulay y Condamin la emplearon con éxito.

La técnica de la colpotomía posterior, tal como se practica de ordinario, es la siguiente: después de una asepsia rigurosa de la vagina se mantienen separadas las paredes de la misma, por medio de dos valvas, y con la ayuda de una pinza de Museux, colocada sobre el labio posterior, se baja y fija el útero.

Se hace una incisión transversal de 4 á 6 centímetros, sobre la pared vaginal posterior y cerca de su inserción al útero; incisión que debe recaer sobre la línea media extendiéndose muy poco en sentido lateral, con el objeto de evitar la abertura de la arteria uterina y el uréter; por la incisión hecha de este modo, se introducen cuatro dedos y se vá en busca de los anexos, conduciéndolos á la incisión; se les examina y se

aplica el tratamiento indicado.

Si se trata de una ovaritis esclero-quística, se hace la punción, la ignipuntura y la resección; y Rouffard practica ya desde el año 1894 la ignipuntura por la vía vaginal.

Dürksen en Alemania el año 1894 propuso la incisión vaginal anterior que él la tituló coliotomía vaginal anterior, la cual fué adoptada en Francia por Le Dentu y Pichevin.

En cuanto á la técnica, Pirrhseu hace una incisión transversal como para la histerectomía vaginal, á alguna distancia del orificio externo; separa la vejiga del útero, incinde el fondo de saco, y con una pinza á garras ó con un hilo aplicado á la pared anterior uterina hace bascular el útero y conduce con él los anexos.

M. Martin emplea como Le Dentu y Pichevin la incisión de Mackenrodt; co-

mientras por fijar el labio anterior del útero con ayuda de una pinza á garras; después, por medio de cuatro pinzas de Kocher colocadas, una debajo del tubérculo anterior de la columna de la vagina; otra á alguna distancia del orificio externo, y las otras dos sobre los ángulos laterales de la pared vaginal anterior, tiende la mucosa vaginal y hace una incisión media antero-posterior, que comienza por debajo del tubérculo anterior

y vá hasta cerca de una distancia de centímetro y medio del orificio externo.

Entonces y con mucho cuidado, despegar por medio de los dedos la vejiga de la pared anterior del útero, y de este modo llega hasta el peritoneo, y por medio de dos puntos de sutura fija provisionalmente este peritoneo á la pared vaginal y en seguida se abre el fondo de saco anterior. Con una pinza á garras aplicada sobre

la pared anterior del útero, la hace bascular y vá en busca de los anexos con la ayuda de los dedos ó con una pinza de anexos.

Después de haberlos examinado y tratado según las indicaciones, les repone en la cavidad pelviana, fija el útero por dos puntos de sutura á la pared vaginal, y vuelve á cerrar completamente el fondo de saco peritoneal y la pared vaginal.

Las ventajas de la coliotomía vaginal

sobre la abdominal son: la gravedad menor de la operación y la conservación de la integridad de la pared abdominal; y sus inconvenientes son que hay menos luz y que es difícil, por lo tanto, darse cuenta exacta de las lesiones.

En la colpotomía anterior, el cirujano tiene la gran ventaja de poder tirar sobre el útero sin riesgo de rasgar las trompas y los ovarios, pero la colpotomía posterior tiene sobre la anterior



varias ventajas, como son la menor exposición en la herida de la vejiga y uréter, la mayor cantidad de luz que proporciona y la facilidad del drenaje.

Por la vía abdominal las principales operaciones conservatrices que se hacen son: para el Ovario, la punción de los quistes, la ignipuntura y la resección; y sobre la Trompa, la salpingorrafia, la salpingostomia, la resección, la sal-

pingo-ovario-sindesis, la salpingoplastia y excepcionalmente el cateterismo y drenaje de la trompa.

El primer tiempo de todas estas operaciones no difiere de la laparotomia ordinaria: la enferma será colocada en la posición declive del <sup>n</sup> Trendelenburg, es decir, sobre un plano inclinado, de manera que la pelvis esté más elevada que la cabera, de modo que el intestino se halla rechazado por su propio peso del lado del diafragma, y

no venga á embarazar el campo operatorio; se practicará la incisión exactamente sobre la línea media, comenzando á dos traveses de dedo por encima del pubis y extendiéndole hasta el ombligo, en tanto que sea necesario; la longitud de esta incisión difiere en las diversas prácticas inglesa, americana y francesa, pero de todos modos será lo suficientemente grande para admitir, por lo menos, cuatro dedos.

Se reprocha á las incisiones demasiado

grandes, peligros mayores de infección y riesgos más fáciles de eventración ulterior; nosotros respondemos con Nonprofit á la primera objeción que anti-sepsia igual los riesgos son absolutamente los mismos; y en cuanto á los peligros de la eventración ulterior, actualmente disponemos del procedimiento de Pozzi á más de otro nuevo de Clado, sutura abdominal en forma de 8 de guarismo, el cual creemos dará una superficie de reunión más firme

y resistente, aun cuando no podemos juzgar todavía sus resultados, pues su aplicación es aun demasiado reciente.

Una vez en el peritoneo, debemos proceder cuidadosamente á su abertura, pues no es raro hallar inmediatamente debajo de la serosa el epiplov ó el intestino, que son fáciles de herir, por lo que deberemos ponernos siempre en guardia.

Después de hecha la incisión se vá

en busca de los anexos, se les despegan de las adherencias que puedan mantenerles y se les atraen uno después del otro á la herida para examinarlos sucesivamente. Este examen comparativo es indispensable; en efecto, si se halla que uno de los ovarios está muy alterado y el otro está poco atacado, será mejor sacrificar el primero y limitarse á conservar el segundo; cuando los dos ovarios sean igualmente asiento de lesiones bastante limitadas,

se hará la conservación bilateral.

Se les aísla por medio de compresas  
asépticas, de suerte que toda intervención tenga  
lugar, en lo que sea posible, fuera del vientre, y  
se procede á la punción, ignipuntura ó resección  
del ovario ó de la trompa.

La punción simple con la punta del  
bisturí es suficiente cuando se trata de pequeños  
quistes aislados y poco numerosos, y es así como

procedía Spencer Wells cuando en el curso de una laparotomía encontraba estas lesiones; Martin, Dudley y otros cirujanos obran de la misma manera.

Foxi opina que esta simple incisión es insuficiente, y dice que la abertura de una pequeña cavidad puede muy bien vaciar el líquido que contiene, pero mientras sus paredes subsistan, éste se reproducirá casi fatalmente; no es, pues, el contenido, sino el continente lo que importa extirpar.



Será, pues, necesario, después de la abertura de la cavidad, raspar con la ayuda de la cureta la pared, ó todavía mejor, destruirla con el termo cauterio tal como lo aconseja Pozzi.

Cuando nos hallemos en presencia de una ovaritis difusa ó de un ovario acribillado de pequeños quistes, es á la ignipuntura que debemos recurrir de preferencia. La incisión y destrucción de todos los pequeños quistes con el bisturí ó la

aguja sería en efecto extremadamente laboriosa y daría lugar á una hemorragia considerable.

Se procede del modo siguiente, cuando nos hallamos en presencia de un quiste ovario, blando, blanquecino, infiltrado de líquido, se hace penetrar la punta del pequeño cuchillo del termocauterio al rojo-cereza, en la profundidad del estroma del ovario, aplicando tantas veces como sea preciso; se puede al mismo tiempo, si es necesario, hendir

por medio del termocauterio ó el bisturí, el ovario en todo su espesor, puncionar los quistes sobre la superficie de sección y cauterizar los que han sido ya abiertos apoyando ya el termo-cauterio unos dos segundos.

Cuando se trata de un ovario poli-quístico, se abren sucesivamente todos los pequeños quistes que hacen relieve sobre la superficie del órgano, con la punta del termo-cauterio y se quema su

superficie interna con objeto de destruir su pared;  
después se busca, con la ayuda del tacto, todos los  
puntos depresibles de la superficie del ovario y que  
corresponden á pequeños quistes, situados más pro-  
fundamente y ocultos en el tejido ovárico, siendo  
destruidos del mismo modo que si se tratase de  
quistes visibles en la superficie.

La hemostasia se asegura por medio de  
uno ó dos puntos de sutura á catgut. Martin,

Matthaei y Dudley no practican la incisión  
preconizada y recomendada por Forzi; Mar-  
tín la cree inútil y dice que para hacer desapa-  
recer el derrame sanguíneo consecutivo á la opera-  
ción, un punto de sutura es suficiente; Dudley  
piensa que se pueden obtener los mismos resulta-  
dos con una aguja.

Al raspar la pared del saco, la sangre  
que se derrama, se coagula, y el coágulo que de

aquí resulta, se organiza y oblitera el saco; dice también que es difícil limitar la acción del calor, y que se corre el riesgo de destruir al mismo tiempo que el quiste, porciones sanas del parenquima del ovario.

Pozzi observa con razón que no es por evitar la hemorragia por lo que él emplea la ignipuntura, sino para destruir la pared del quiste, lo que no podría obtenerse con el bisturí o la agu-

ja, que á costa de una serie de pequeñas disecciones laboriosas; además, añade, el termocauterio tiene la ventaja, en las inflamaciones crónicas del ovario, de obrar como un fundente, determinando una irritación sustitutiva de los tejidos y dejando heridas perfectamente asepticas y sin tendencia á contraer adherencias.

Quando la lesión es relativamente voluminosa, quiste dermoide, quiste de los cuerpos

amarillos, grueso quiste folicular, ó bien cuando los pequeños quistes se hallan de tal suerte aglomerados que imposibilita su extirpación separada, la resección se impone, extirpando toda la porción de ovario visiblemente alterada y respetando las partes que parecieran todavía sanas.

La manera de proceder de Pozzi es la siguiente: coge el ovario por su base entre el pulgar y el índice, y lo mantiene sólidamente; para ase-



gararse de la inmovilidad y de la hemostasia preventiva, y sirviéndose alternativamente del bisturí y de las tijeras, circunscribe con el bisturí, por medio de dos incisiones profundas ovales, la parte que debe ser extirpada.

Una vez hecho esto, confía á un ayudante la base del ovario y por medio de las tijeras y pinzas de disecar, disecciona el segmento de ovario que se ha de extirpar; si es necesario el recorta

con las tijeras los fragmentos de la pared quística y hace una resección más ó menos profunda de la superficie de sección del ovario, hasta que esté perfectamente limpio.

La incisión, que generalmente es cuneiforme cuando se trata de extirpar un grueso quiste folicular ó uno de los cuerpos amarillos, debe comprender el quiste más una pequeña capa de tejido ovárico sano.

Si se trata de una degeneración esclero -  
micro - quística del ovario con aglomeración de  
pequeños quistes, sea hacia un polo, sea sobre  
uno de los meridianos del órgano, practicaremos  
una incisión longitudinal ó mejor, ovalar, que  
comprenda toda la parte lesionada.

La combinación de la ignipuntura con la  
resección, tal como lo recomienda Pozzi, nos evita  
el ir demasiado lejos en la resección. Después

de haber extirpado el fragmento de ovario, se examina cuidadosamente la superficie de la herida y si se descubren pequeños quistes se les incinde y cauteriza con el termo-cauterio.

Despues de la disección del segmento, resecaado hay siempre un derrame sanguineo bastante abundante, y el último tiempo de la operación tiene por fin la hemostasia y sutura de la herida. La hemostasia se hace aplicando

la superficie plana del cuchillo del termo cauterio al rojo oscuro, sobre la superficie cruenta, y si no bastase esto, se dan uno ó dos puntos de sutura.

Después de la hemostasia se termina reuniendo los labios de la incisión por medio de un hilo de catgut suficientemente fino y resistente; esta sutura comienza en una extremidad para terminar en la otra, pudiendo volver si es necesario al punto de partida por un trayecto

recurrente. Cuando la porción incindida es bastante profunda, será necesario que practiquemos dos ó tres series de suturas con el objeto de conseguir un perfecto adosamiento de los dos labios.

Quando la trompa esté sana, debemos de tratar de conservar aunque sea una pequeña porción de ovario, á imitación de Pozzi, Dudley y Martin que dejan en el abdomen porciones de ovario de un volumen apenas del tamaño

de un quivalente.

Las operaciones conservatrices de la trompa son un complemento necesario de las del ovario.

En primer lugar viene la salpingografía, pequeña operación que consiste en adosar el fiabellón tubario sobre el ovario ó muñón de ovario y en fijarle en esta posición por puntos de sutura, separados de hilo de catgut. Está, sobre todo, indicada, cuando ha sido necesario librar los anexos

de adherencias en las que se hallaban fuertemente enclavados, o bien cuando no resta más que una porción muy pequeña de ovario; en este caso, en efecto, la trompa podía desviarse lejos del ovario y contraer nuevas adherencias que harían ilusorio el resultado de las operaciones practicadas sobre el ovario; es necesario, pues, orientarle convenientemente de suerte que pueda permitir la fecundación.



Viene en seguida el cateterismo de la trompa y la restauración del orificio abdominal, incompletamente cerrado ó ligeramente obliterado, siendo en este caso la maniobra muy simple. Con una sonda acanalada ó un estilete se separan las franjas del pabellón aglutinadas por adherencias débiles, ó si es necesario, se desbrida con la ayuda de la tijera, introduciendo despues el estilete, la sonda acanalada ó mejor aun, una

sonda ó bujía filiforme, medio rígida, en toda la extensión del canal, hasta que llegue á la cavidad uterina; una pequeña maniobra facilita este paso y consiste en empujar la trompa hacia la sonda, facilitando su deslizamiento sobre esta última.

Citaremos también como recuerdo, el método empleado por primera vez por Polk el año 1887 y preconizado por él, que le denominaba

expresión de las trompas, el cual dió buenos resultados á su autor, pero se halla actualmente abandonado; en estos casos, Polk, después del haber exprimido con los dedos el contenido mucopurulento de la trompa, hacía un lavado de la misma y cerraba la pared abdominal, dejando en el canal tubario un tubo de drenaje, que se fijaba después á la pared abdominal.

Si el pabellón se halla completamente

obliterado y la trompa dilatada, se puede crear un nuevo orificio ó bien confeccionar un nuevo pabellón después de reseca el pabellón enfermo ó el pabellón y una parte de la trompa.

Martin, que es el primero que ha practicado estas operaciones conservatrices sobre la trompa, incinde longitudinalmente la porción dilatada de la trompa; evacua su contenido, lo cual de ordinario se verifica con bastante rapidéz, pero

hay ocasiones en que para extraerle se vé uno obligado á hacer un verdadero masaje en dirección del útero al orificio obliterado; despues, para reconstituir un orificio permanente, sutura la mucosa de los dos labios de la incisión al peritoneo por medio de catgut, y termina por la salpingografía, ó sea por fijar el orificio así confeccionado al ovario por medio de algunos puntos de sutura.

Otras veces, despues de haber resecao

la porción dilatada de la trompa, reconstituyó el orificio, uniendo la mucosa de la trompa al peritoneo por medio de una sutura continua del catgut, que sirve al mismo tiempo para contener la hemorragia, después de lo que se fija este orificio al ovario.

Skutsch fué el que propuso el año 1889 bajo el nombre de salpingostomia, una operación parecida; su manual operatorio difiere poco del

de Martin, como él dice, no practica la resección de la parte terminal de la trompa, sino que hace una nueva abertura sobre la parte dilatada, una ventana, suturando después la mucosa á la serosa, pudiéndose llamar este modo de restablecer la permeabilidad de la trompa, salpingostomia lateral, en oposicion al método ordinario ó de Martin que llamaremos salpingostomia terminal.

Dudley en Enero de 1898, expone la cuestión del modo siguiente: "yo hago, dice él, una operación de fimosis sobre la parte sana, haciendo una incisión longitudinal de 1 y  $\frac{1}{2}$  centímetros sobre la superficie superior y rambersando hacia fuera las superficies seccionadas, del mismo modo que hacemos para el prepucio; sutureo entonces con seda fina la mucosa tubaria á su superficie peritoneal, circularmente, impidiendo de este modo



la recclusión de la trompa y permitiendo al epitelio por medio de sus pestañas, obrar de la misma manera como lo hacen las franjas extirpadas."

"En estos casos é invariablemente, uno la porción restante del ovario á la extremidad del resto de la trompa por una sutura con seda fina, y en ningun caso; desde que me he decidido por este procedimiento, he tenido razón para desecharlo."

Cierto que por estos procedimientos se ase-

gura un nuevo orificio que puede servir de paso eventual para el óvulo hacia la trompa, restableciendo hasta cierto punto las relaciones del ovario y trompa, pero no en un todo normal y fisiológico; pues si bien es verdad que este nuevo pubellón es capaz de recoger los óvulos de la capa original con la cual está en relación inmediata, él no puede desempeñar el papel mecánico, y, por lo tanto, no podrá tomar parte activa en la migración del óvulo, pues

se halla desprovisto de *epitelium vibráctil* y de las franjas.

Para obviar este inconveniente y hacer posible la fecundación, lo importante era restablecer entre la trompa y el ovario relaciones más íntimas, ponerles en contacto inmediato y en la mayor extensión posible, y este problema lo ha resuelto Gersuny en Viena y Clado en Paris.

Gersuny, en el año 1896, en un caso de

hematosalpingitis, incindió ampliamente la bolsa, la vació, la limpió y trató de poner en contacto a esta bolsa con el ovario, no pudiendo realizarlo sino a costa de grandes dificultades; tuvo la idea de hacer deslizar el ovario hacia la bolsa y hacerle pasare al través de la abertura practicada, lo cual se realizó perfectamente suturando después por algunos puntos de catgut; el ovario quedaba de este modo, por decir lo así, incluido en la trompa, hallándose en su casi

totalidad recubierto por la misma con lo que se consiguió que la enferma quedase embarazada á los cuatro meses después de la operación.

Clado practica la salpingo-ovario-sindesis, que es una combinación de la salpingostomía tal como la practica Martin, y de la inclusión del ovario, de Gersuny, consiguiendo de este modo una fusión tan íntima que parece que trompa y ovario no constituyen que un sólo órgano, segregan-

do el óvulo en una cavidad en comunicación directa con la cavidad uterina.

Clado ha reglado su operación de una manera metódica, apoyándose sobre una serie de experiencias hechas sobre el cadáver.

Estas experiencias han hecho relación á los puntos siguientes:

1.º - ¿Cuál es la extensión de la movilidad transversal del ovario?

2.º - ¿Cuál es la parte de la trompa que puede suministrar un frabellón, lo suficiente para recubrir por lo menos el tercio superior de las dos caras del ovario?

3.º - ¿En qué punto debe practicarse la sección horizontal de la trompa, de tal suerte que no implique un trastorno grave de la nutrición?

4.º - ¿Cuales son las dimensiones de la trompa restante, suficiente para la salpingo-ovario-sindesis?

5.<sup>o</sup> - ¿Qué sutura es la más conveniente bajo el punto de vista de la rapidez operatoria?

La técnica operatoria es la siguiente: Después de haber liberado los anexos, se comienza por resecar la porción enferma de la trompa; para esto se aplica una pinza en el límite de la parte enferma y la parte sana, seccionando primero el meso-salpinx, en la extensión necesaria, cortando después con las tijeras y en dirección perpendicular



al eje de la trompa sirviéndonos de la pinza como guía, pues de otro modo se corre el riesgo de que la sección sea irregular, y la mucosa de la trompa, tiene, por decirlo así, la tendencia á herniarse hacia fuera, lo cual es un gran inconveniente para la fusión perfecta de la trompa y ovario.

Hecho esto se practica el cateterismo para asegurarnos de que la trompa se halla permeable en toda la extensión del instrmo de Hensle y se

procede á la confección del frabellón del modo siguiente:

Una incisión horizontal de 2 á 3 centímetros es hecha sobre la cara postero inferior de la trompa, paralelamente y próximo al meso-salpina, sirviéndonos como de guía de una sonda acanalada.

Se hace la incisión sobre la cara posterior y próxima al meso-salpina por dos razones:  
1<sup>a</sup>, por evitar la herida de la arcada sub-tubaria

formada por la anastomosis de las arterias tubaria y ovárica que caminan en el meso-salpinx, herida que, aparte la hemorragia, podría comprometer la nutrición de la trompa; y 2.<sup>a</sup>, porque la trompa así seccionada recubre fácilmente y casi por sí sola, el ovario sub-yacente.

Se separan ampliamente los dos labios de la incisión, se lava para hacer una asepsia rigurosa, con una solución de sublimado al 1 por 5.000

y se sutura el nuevo pabellón así formado al ovario por puntos de catgut.

La sutura constituye un punto importante de la operación; se comienza el primer punto por el ángulo de la incisión tubaria (punto angular) el cual se anuda como en los comienzos de toda sutura; coge entonces el ovario por su extremidad interna con la aguja y lo conduce bajo el pabellón y le pone en contacto con el ángulo de la incisión tu-

baria por medio de un segundo punto; una vez ya sólidamente fijado el ovario á la trompa, continúa suturando el labio ó valva anterior del nuevo pabellón á la cara anterior del ovario, y el labio posterior á la cara posterior, de manera á envolver la glándula en toda su extensión; la sutura vá primero de la extremidad interna hacia la extremidad externa del pabellón y vuelve por un trayecto retrógrado de la extremidad externa del pabellón ha-

cia la interna para terminar allí donde ella ha comenzado. Es necesario al practicar esta sutura, recoger el ovario lo más superficialmente posible.

Aun cuando las experiencias de Cladoz han demostrado que es posible la conservación aun en el caso de que solo reste utilizable el tercio interno de la trompa, en la práctica debe limitarse á reseca solo el tercio externo á fin de tener un pabellón suficiente para recubrir la mitad superior de

las dos caras del ovario y su borde convexo.

A título de curiosidad y reseña podemos citar, sin juzgar de su valor, una operación que ha sido practicada por Watkins, de Chicago; se trataba de un pequeño adenoma de la trompa al nivel del cuerno uterino; después de la ablación de esta masa suturó el resto de la trompa al tejido uterino del cual había sido separado por la sección anterior, es decir, que hizo una salpingo-utero-

anastomosis; del otro lado hizo la ablación de los anexos por piosalpingitis; la enferma curó y tuvo un aborto algunos meses despues de la operación.

Vidal, inspirándose en la piloroplastia de Mikulicz, ha practicado en la trompa una operación análoga ó sea la salpingoplastia; su técnica operatoria es la siguiente: 1.º, se introduce un estilete hasta el punto estrechado y se incinde longitudinalmente sobre la cara anterior de toda la región es-



trechada, depasando 1 ó 2 milímetros de la parte sana; 2.º, reunión vertical de esta incisión longitudinal por algunos hilos sero musculares; y 3.º, revestir por medio de la serosa del ala media del ligamento ancho la superficie de sutura. De este modo restauramos el calibre, pero para poder mantenerlo definitivamente es necesario practicar el drenaje.

Este se hace sirviéndonos de una bujía de ballena análoga á la aguja de Mooj, la cual

conduce un hilo de seda floja doble y de un grosor conveniente á través de la trompa y hasta la cavidad uterina, previamente raspada y dilatada y adonde una pinza vá á recogerla, tirando del hilo hasta el momento en que su extremidad desaparece en el pabellón, pudiéndose mantener este drenaje durante cuatro dias sin provocar ninguna reacción peritoneal.

---

## Resultados.

---

Para apreciar el valor exacto de las operaciones conservatrices es necesario estudiar sus resultados separadamente, es decir, resultados inmediatos, o sea bajo el punto de vista operatorio, y

resultados lejanos, ó sea bajo el punto de vista terapéutico.

Me extiende muy poco sobre este particular, pues aunque pudiera relatar y aportar muchísimos casos que he visto operar en el Hospital de Broca á Pozzi, Leguen y Fayle, no lo hago en razón á que se trata de casos incompletos, pues hasta la fecha no me es permitido hacer referencia que á sus resultados inmediatos, que han sido fa-

vorables en casi la totalidad de los casos; pues es necesario dejar correr bastante tiempo para apreciar los resultados terapéuticos ó leganos de las operaciones conservatrices ya bajo el punto de vista de la desaparición de los síntomas mórbidos, ya bajo el punto de vista de la menstruación y del estado general, ó bien, en fin, bajo el punto de vista de la fecundidad.

Comparando los resultados de Pozzi, Martin, Folk y Dudley, vemos:

Que Pozzi, sobre 48 enfermas vueltas á ver, ha hallado: 33 curaciones perfectas, ó sea el 68%; 8 resultados nulos; 7, medianos; y 12 embarazos ó sea el 24%.

Martin, sobre 26 casos de resección de ovario: vueltos á examinar, ha encontrado: 23 curaciones completas, ó sea el 92%; 2 resultados negativos, y 8 embarazos, ó sea el 33%. Sobre 66 casos de resección de la trompa, ha tenido 2 casos

de muerte; y de 53 casos vueltos á ver, ha tenido:  
 48 curaciones, ó sea el 90%; 5 recidivas y 2 em-  
 barazos, ó sea el 3 y  $\frac{1}{2}$ %.

Polk, sobre 36 casos de resección é igni-  
 puntura del ovario, ha tenido: 31 curaciones, ó sea  
 un 86%; 5 recidivas y 2 embarazos ó sea 3 y  
 $\frac{1}{2}$ %.

Dudley, de 88 casos de operaciones con-  
 servatrices, ha tenido 14 casos de embarazos ó el

sea el 15%.

Se tiene, pues, el derecho de decir con  
Martin, que si de una parte, el cirujano no  
debe dudar de extirpar un órgano cuando esté en-  
fermo; de otro lado está en el deber de conservar  
todo aquello que parezca sano.

---



# Conclusiones.

---

1.<sup>a</sup> - Las operaciones conservatrices del ovario  
y de la trompa no tienen gravedad operatoria.

2.<sup>a</sup> - Dan una curación perfecta en un  
70 % de casos.

3.<sup>a</sup> - Conservan la menstruación en un 97% de casos.

4.<sup>a</sup> - Conservan la fecundidad en un 10% de casos.

5.<sup>a</sup> - Evitan los desórdenes post-operatorios señalados en la castración ovárica, en un 93% de casos.

6.<sup>a</sup> - En caso de recidiva no presenta mayor gravedad operatoria de la ordinaria, la

operación iterativa.

7.<sup>a</sup> - En las mujeres jóvenes debe concederse la preferencia á las operaciones conservatrices sobre las operaciones radicales:

1.<sup>o</sup> - Porque ella conserva las funciones del ovario: ovulación, menstruación y secreción interna.

2.<sup>o</sup> - Porque se evita de este modo los trastornos nerviosos post-operatorios, consecuencia de la ablación del ovario.

3.º - Porque vale más hacer correr á la mujer los riesgos de una nueva operación que privarle de la esperanza de los gozes de la maternidad, lo que constituye para ella una inmensa felicidad.

8.º - Los trastornos post-operatorios consecutivos á la castración ovariana ó utero-ovárica, bien que á veces exagerados, existen realmente, habiendo sido señalados principalmente por Fayle

y Glaevecke.

9.<sup>a</sup> - La causa cierta de estos trastornos no se conoce á ciencia cierta en la actualidad, si bien parece contribuir á ella la supresión de la secreción interna.

10.<sup>a</sup> - Las operaciones conservatrices están indicadas en los casos de adherencias anexiales, de ovaritis crónica edematosa, de ovaritis-esclerocística, de quistes foliculares, de quistes wolffianos,

de quistes de los cuerpos amarillos, de hematomas, y de neoplasmas benignos del ovario; en el caso de salpingitis catarral, de hidrosalpingitis, de hemato-salpingitis, de salpingo-esclerosis y excepcionalmente de piosalpingitis.

II<sup>a</sup> - Ellas están contra-indicadas:

1<sup>a</sup> - En caso de neoplasmas malignos ó dudosos (quistes papilares); en la ovaritis esclerosa y supurada; en la enfermedad quística del ovario

y en la tuberculosis.

2.<sup>a</sup> - Cuando á las lesiones ováricas se une una enfermedad del útero incurable por los pequeños medios; metritis inveterada, útero fibromatoso, etc., en cuyo caso recurriremos á la histerectomía vaginal.

3.<sup>a</sup> - Cuando la mujer se halla cerca de la menopausia ó haya sufrido ya varios embarazos.

4.<sup>a</sup> - En las histéricas, neurasténicas y

en las neuro-artriticas.

12.<sup>a</sup> - Las operaciones parciales de la trompa: salpingostomia, resección, salpingo-ovario-sindesis y salpingoplastia están justificadas.

13.<sup>a</sup> - No presentan ninguna gravedad operatoria.

14.<sup>a</sup> - Dan la curación perfecta en un 87% de casos.

15.<sup>a</sup> - Pueden permitir el embarazo,



habiendo dado lugar en un 4% de los casos.

26.<sup>a</sup> - En cuanto á la objeción hecha á estas operaciones por la posibilidad de embarazo extra uterino, no descansa todavía sobre ningún hecho, no habiendo sido señalada ninguna observación.

27.<sup>a</sup> - Estas operaciones deben ser hechas para salvar la función del ovario cuando esté sano ó poco alterado.

18.<sup>a</sup> - Si el ovario está sano y la trompa enferma, se hará la conservación del ovario y la extirpación total de la trompa; esto con el fin de conservar las funciones del ovario.

19.<sup>a</sup> - Si el útero está enfermo debe extirparse, pero esta extirpación no trae consigo la extirpación total del ovario, pues si se hallan sanos ó poco alterados debe conservarse para conservar la secreción interna.

20.<sup>a</sup> - En los casos en que las complicaciones uterinas son de tal grado y naturaleza que permitan las operaciones conservatrices, haremos, sistemáticamente, antes de la operación el raspado, dilatación, drenaje y taponamiento, ó bien haremos después de la operación la histeropexia, pues con esto se evitarán muchos fracasos y se conseguirá que el número de triunfos sea aun mayor.



Madrid 4 de Julio de 1900.

Pedro Y<sup>te</sup> Aldama - Escribano y Pomaeché

Admirable  
Pedro Valls

Admirable  
Calleja

Admirable  
Calleja

Realizó el ejercicio del grado de Doctor en Medicina,  
fue calificado con sobresaliente  
Madrid 6 Julio 1.900

Julian Calleja

Antonio Calleja

Orden de Pedagogía

José Fronda

Antonio Calleja

Handwritten text, possibly a signature or name, written in dark ink on aged paper.