vía para evitar una cicatriz aparente, si las enfermas conceden á este detalle manifiesta importancia (1) y principalmente si los ovarios se hallan en prolapso y son fácilmente accesibles. Sin dificultad se pueden reconocer los ovarios en prolapso en el fondo de saco de DOUGLAS mediante el tacto vaginal y además por sus dos signos característicos: dolor durante la defecación y dolor durante el coito.

Cuando el útero goza de perfecta movilidad, la operación resulta muy sencilla: colocada la enferma en la posición dorso-sacra, se deprime la horquilla con una valva de SIMON, se fija el cuello del útero y se le atrae hacia adelante, y un ayudante hace descender el útero, comprimiendo el hipogastrio. En el fondo de saco posterior se practica una incisión transversal de 4 centímetros que pasa todo lo cerca posible del útero. Se introducen el índice y el medio en el fondo de saco de DOUGLAS y se enganchan con ellos el ovario y la trompa, después se opera la transfixión del hilo del órgano con una aguja roma y se aplica el nudo de LAWSON-TAIT. Cuando los desórdenes nerviosos son muy intensos, es preferible extirpar los anejos de los dos lados, aunque sólo haya un ovario procidente, porque la menopausia artificial obra todavía con más seguridad que la supresión del órgano dislocado. Si ningún incidente ha venido á enturbiar la operación y si no media razón especial alguna que motive el desagüe, se cerrará completamente la herida con suturas de catgut (2).

(1) BONNECAZE. *Valeur et indications de l'Incision vaginale appliquée á l'Ablation de certaines petites Tumeurs de l'ovaire et de la trompe.* Tesis de Paris, 1889.

(2) Siguen algunas indicaciones bibliográficas relativas á los últimos trabajos publicados acerca la castración en los casos de dismenorrea, especialmente acompañada de trastornos nerviosos y mentales. R. BATTEY. *Extirpation of the functionnally active Ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases (Transact. of the Amer. gyn. Soc.,* 1876, t. 1, p. 101 á 121).—M. SIMS. *Brit. med. Journ.,* diciembre 1877, t. II, p. 793.—E. BŒRNER. *Wien. med. Wochenschr.,* 1878, n.os 47 á 50, p. 1247 y sigs.—J. H. AVELING. *The spaying of women (Obstetr. Journ. of Great Britain,* enero 1879, t. VI. p. 617). —SPENCER WELLS. *Case of removal of both Ovaries for Dysmenorrœa (Trans. of the Amer. gyn. Soc.,* Boston, 1879, t. IV, p. 198).—A. HEGAR. *Zur Castration bei Hysterie (Berl. klin. Wochenschr.,* 1880, n.º 26, p. 365).—BRUNTZEL. *Arch. f. Gyn.,* 1880, Bd. XVI, p. 107.—DAWSON. *Amer. Journ. of Obstetr.,* 1881, t. XIV, p. 419.—MAURER. *Deutsche med. Wochenschr.,* 1881, p. 530.—H. KLOTZ. *Hysterie und Castration (Wien. med. Wochenschr.,* 1882, n.os 38-41, p. 1129 y sigs.).—W. GOODELL. *Amer. Journ. of Insanity,* 1882, y *Philad. med. Times,* 29 diciembre 1883, t. XIV, p. 229.—JESSETT. *Lancet,* junio 1882, t. I, p. 910.—LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.,* 1882, Bd. XX, p. 88.—FEHLING. *Zehn Castrationen (Arch. f. Gyn.,* 1883, Bd. XXII, p. 441).—MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstetr.,* 1883, p. 944.—CARSTENS. *Ibid.,* p. 266 y 522.—JOS. PERETTI. *Berl. klin. Wochenschr.,* 1883, n.º 10, p. 141.—LANDAU y REMAK. *Zeitschr. f. klin. Med.,* 1883, p. 437.—G. THOMAS. *New-York med. Journ.,* enero 1883, t. XXXVII, p. 32.—B. HEILBRUNN. *Centralbl. f. Gyn.,* 1883, n.º 38, p. 601.—MALINS. *Brit. med. Journ.,* 12 mayo 1883, t. 1, p. 911.—J. FRIEDMANN. *Vergleich einiger Fœlle von Operationen an den Ovarien wegen Psychose.* Disert. inaug., Berlin, 1883.—TAUFFER. *Beitrœge zur Lehre der Castration der Frauen (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,* 1883, Bd. IX, Heft 1, p. 38).—L.-TAIT. *The Pathology and Treatment of Diseases of the Ovaries,* 4.ª edic., 1883, p. 328.—P. MUELLER. *Beitrœge etc. (Deutsche Zeitschr. f. Chir.,* 1884, Bd. XX, p. 1).—G.-L. WALTON. *Boston med. and. surg. Journ.,* 1884, t. CX, n.º 23, p. 259.—V. HOFFMANN. *S.-Francisco western Lancet.,* enero 1884.—P. FLECHSIG. *Neurol. Centralbl.,* 1884, n.º 19, p. 433 y n.º 20, p. 457).—BIRCHER. *Castration bei Ovarial-Neuralgie und Hysterie (Correspondenzbl. f. Schw. Ærtze,* 1884, t. XIV, p. 447 y 470).—A. HEGAR. *Arch. f. Gyn.,* 1884, t. XXIV, p. 318 y *Centralbl. f. Gyn.,* 1884, p. 593.—*Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervœsen Leiden,* 1885.—*Zur Begriffsbestimmung der Kastration (Centralbl. f. Gyn.,* 1887, n.º 44, p. 698).—SCHMALFUSS. *Zur Castration bei Neurosen (Arch. f. Gyn.,* 1885, Bd. XXVI, p. 1).—H. MENZEL. *Beitrœge zur Castration der Frauen (Ibid.,* p. 36).—A. LEPPMANN. *Ibid.,* p. 57.—TISSIER. *De la Castration de la femme en Chirurgie.* Tesis de Paris, 1885.—UHEREK. *Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehung zu den Sexualleiden,* en *Frauenarzt* 1886 (anal. en *Centralbl. f. Gyn.,* 1888, n.º 4, p. 50).—L.-TAIT. *Brit. med. Journ.,* 1886, t. II, p. 852.—*A case of Hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendages (Lancet,* 1887, t. II, p. 1213).—SCHRŒDER. *Ueber die Castration bei Neurosen (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,* 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 325).—WIDMER. *Centralbl. f. Gyn.,* 1886, n.º 40, p. 657.—MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstetr.,* marzo 1886, t. XIX, p. 324 y enero 1888, t. XXI, p. 35.—MAGNIN. *De la Castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux.* Tesis de Paris, 1886.—J. SCHRAMM. *Ueber Castration bei Epilepsie (Berl. klin. Wochenschr.,* 1887, n.º 3, p. 38).—GUSTAV WILLERS. *Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem.* Disert. inaug., Friburgo, 1887.—LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Trois cas d'Ablation des ovaires pour accidents nerveux (Soc. obst. et gyn. de Paris,* en *Annal. de Gyn.,* 1883, t. XXVII, p. 450).—E. W. CUSHING. *Melancholia, Masturbation cured by removal of both ovaries (Journ. of the Amer. med. Assoc.,* Chicago, 1887, p. 441).—REANY. *A case of oophorectomy for Epilepsy (Amer. Journ. of Obstetr.,* 1888, t. XXI, p. 435).—F. MERKEL. *Beitrag zur Kasuistik der Kastration bei Neurosen.* Nüremberg, 1888.—MAY. *A case of Hystero-epilesy; TAIT's-operation, cure (Virginia med. Month.,* Richmond, 1888-89, t. XV, p. 174).—IMLACH. *A case of Hystero-epilepsy of 20 years duration treated by removal of the utérine appendages (Brit. med. Journ.,* 1888, t. I, p. 140).—S. BRODNITZ *Die Wirkungen der Kastration auf den weiblichen Organismus.* Disert. inaug., Estrasburgo, 1890.—PLAYFAIR. *On removal of the uterine appendages in cases of functional Neurosis (Brit. med. Journ.,* 17 enero 1891, p. 119).

LIBRO II

INFLAMACIONES DE LOS ANEJOS DEL ÚTERO

Consideraciones generales. — Clasificación de las salpingitis

Consideraciones generales

Solamente en estos últimos años se ha admitido de un modo definitivo el papel importante que desempeña en ginecología la inflamación de los órganos que se ha convenido en llamar *anejos* del útero (ovario y trompa). Ya ARAN y su discípulo SIREDEY (1) habían previsto é indicado esta alta significación. Pero estas nociones importantes, que únicamente habían sido formuladas por

(1) ARAN. *Leçons clin. sur les Maladies de l'utérus et de ses annexes,* París, 1858.—SIREDEY. *De la fréquence des Altérations des annexes de l'utérus dans les Maladies dites utérines.* Tesis de Paris, 1860.

Ya en el último siglo había sido señalada en Francia de un modo formal la frecuente propagación de la inflamación del útero á las trompas y á los ovarios. ASTRUC. *Traité des Maladies,* 1770, t. VI, p. 46.—LIEUTAUD. *Précis de Médecine pratique,* 1776, t. II, p. 462.

médicos estaban condenadas á pasar desapercibidas por faltarles la comprobación y el visto-bueno de la intervención quirúrgica. En la vulgarización de esta verdad han podido más las renombradas operaciones de LAWSON-TAIT (1) que todas las consideraciones de fisiología y de anatomía patológica; dichas operaciones son las que han llevado nueva luz á la historia tan controvertida de las inflamaciones peri-uterinas (2).

Hoy día ya no queda más que un pálido reflejo de la interminable y fastidiosa discusión que llegó á aburrir á toda una generación, á saber, si la inflamación se producía en el tejido celular circum-uterino ó en el peritoneo contiguo, si había *flemón peri-uterino* ó *pelvi-peritonitis;* la ardiente polémica entablada con este motivo entre NONAT, BERNUTZ, GOUPIL y GALLARD, nos sabe ya tan á rancio como los debates entre GENDRIN y LISFRANC sobre el *infarto del útero* y la *metritis crónica parcial,* para explicar los mismos síntomas. Hasta la distinción que conservan todavía los autores contemporáneos entre la *parametritis* y la *perimetritis,* apenas parece justificada en clínica, y no representa más que un vestigio rezagado de las antiguas doctrinas.

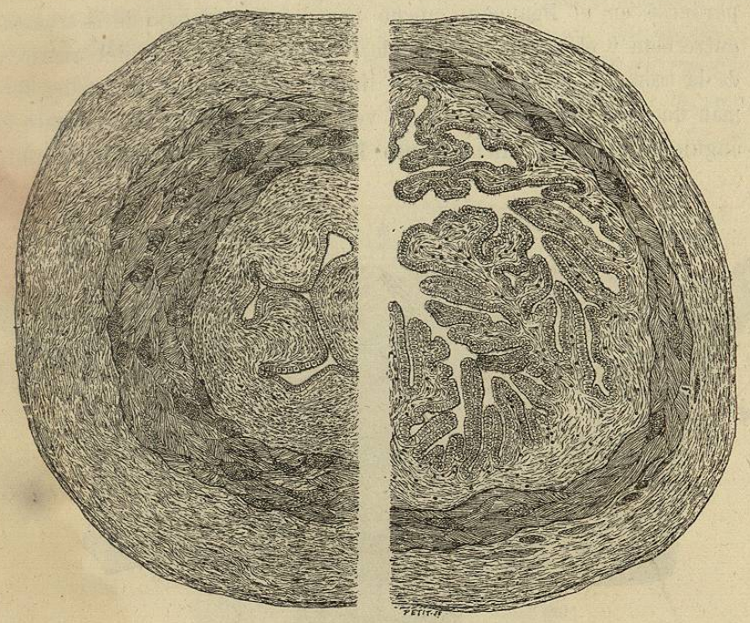
Para formarse una idea clara de la íntima solidaridad entre el útero y las trompas, es preciso recordar que ambos tienen un origen embrionario común. Al final del segundo mes de la vida intra-uterina, los canales de MUELLER se fusionan en su parte inferior para formar el útero y la vagina, mientras que se conservan separados en su parte superior y constituyen las trompas. Éstas, en realidad, no son más que la prolongación de los cuernos uterinos; en virtud del mismo plan de origen hay también continuación inmediata entre las diversas túnicas de ambos órganos, y de ahí la posibilidad de una salpingitis ascendente consecutiva á la metritis, del mismo modo que puede producirse una pielitis ascendente después de una cistitis inveterada. También por contigüidad puede infectarse fácilmente el ovario sujeto á la trompa por el ligamento tubo-ovárico y en contacto casi inmediato con el pabellón de ésta.

Estos órganos se hallan además enlazados entre sí por cone-

(1) LAWSON-TAIT. *Loc. cit.*, 4.ª edic., 1883 (trad. al franc. por OLIVIER).—HEGAR reivindica la prioridad de las operaciones de pío-salpingotomía.—Véase WIEDOW. *Zur operativen Behandlung des Pyosalpinx (Centralbl. f. Gyn.*, 1885, n.º 10, p. 145).

(2) Con suma frecuencia se hace uso de las voces: *peri-uterino, peri-ovaritis, ovario-salpingitis,* etc., sancionadas por el uso, á pesar de lo muy defectuoso de su composición, como que representan una combinación híbrida de una palabra griega y otra latina. Para hablar correctamente debiera decirse: *circum-uterino, circum-ovaritis, tubo-ovaritis,* etc., ó bien *peri-metritico, peri-ooforitis, oóforo-salpingitis,* etc.

xiones vasculares y linfáticas importantes. Así basta recordar las anastomosis de las arterias y venas útero-ováricas con las arterias



A B

FIG. 1.—Trompas uterinas; estado normal

Cortes: A. Al nivel de la parte inmediata al útero; B. Junto al pabellón (WYDER)

Orden de sucesión de las capas: 1. Arriba y hacia afuera, *túnica serosa.* 2. *Capa de tejido conjuntivo fasciculado,* laxo y rico en vasos. 3. *Túnica muscular,* mucho más gruesa en las inmediaciones del útero (segmento uterino) que cerca del pabellón (segmento abdominal). Consta principalmente de fibras circulares. Arriba y por la parte de dentro júntanse á ella fascículos de fibras longitudinales, algunos de los cuales se despliegan en la mucosa; otros (más externos) penetran entre las dos hojas del ligamento ancho; aun otros se dirigen al hilo del ovario ó emiten prolongaciones al fondo del útero; algunas fibras penetran en la capa circular. 4. *Túnica mucosa.* La trama de esta túnica está formada por un tejido conjuntivo embrionario, rico en células fusiformes; este tejido penetra en la luz de la trompa en pliegues longitudinales que han sido seccionados más ó menos oblicuamente por el corte. En las inmediaciones del útero estos pliegues se presentan abultados y en la sección de la trompa ofrecen un aspecto estrellado. Cerca del pabellón se vuelven más alargados y van acompañados en parte de repliegues accesorios, lo que imprime al corte un aspecto muy rajado y dendrítico. Toda la superficie de la mucosa está tapizada por una simple capa de células cilíndricas con cilíolos vibrátiles; el movimiento de estos cilíolos en vida sigue la direccion del ovario al útero.

uterinas, siendo todavía más dignas de notar las conexiones linfáticas. Después de CRUIKSHANK y CRUVEILHIER, LUCAS CHAMPIONNIÈRE (1) es acreedor al mérito de haber hecho resaltar este

(1) J.-L. CHAMPIONNIÈRE. *Lymphatiques utérins,* etc. Tesis de París, 1870.—En cuanto á CRUVEILHIER, hay que buscar la descripción de los linfáticos del útero en su *Anatomie pathologique,* y no en la *Anatomie descriptive.* La razón de esto está en que estas investigaciones se hacen mucho mejor en los casos patológicos y en mujeres que han sucumbido por fiebre puerperal, en cuyos casos el estado grávido junto con la inflamación ponen más en evidencia los linfáticos.— Véanse las interesantes investigaciones de P. POIRIER. *Du rôle des Lymphatiques dans les Inflammations de l'utérus (Progrès med.,* 1889, n.º 47, p. 491 y 492, n.º 48, p. 509 y sigs., n.º 49, p. 527 y sigs., n.º 52, p. 590 y sigs ;—1890, n.º 3, p. 41 y 42 y n.º 4, p. 65 y sigs.).

punto. Este autor ha descrito especialmente los linfáticos superficiales, situados al nivel de los ángulos del útero, los cuales van á perderse en el ligamento ancho por detrás y debajo de la trompa, entre ésta y el ligamento redondo, y sobre todo debajo del ovario y de la trompa. También existen linfáticos profundos, los cuales forman un plano que sólo se puede ver cortando perpendicularmente el ángulo uterino: en dicho punto hay un grupo linfático importante

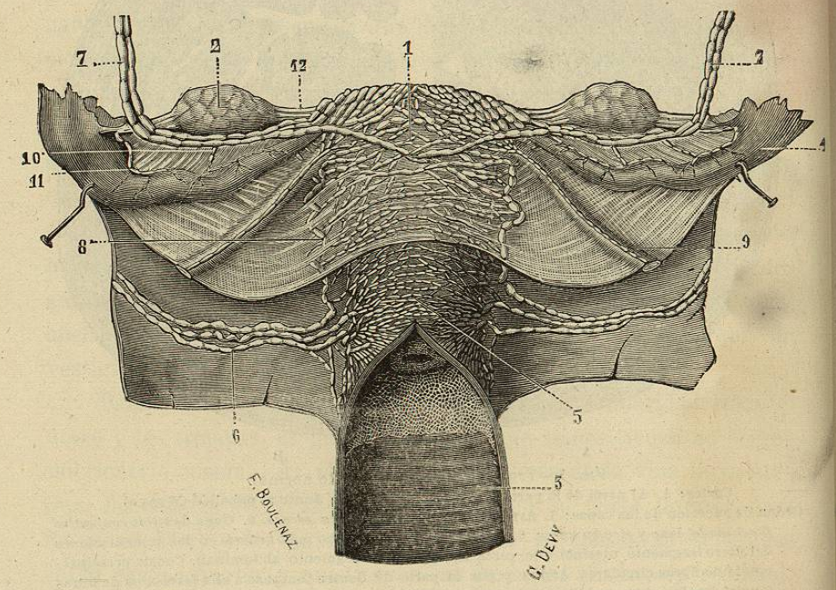


Fig. 2.—Vasos linfáticos del útero (Poirier)

1. Linfáticos procedentes del cuerpo y del fondo del útero.—2. Ovario.—3. Vagina.—4. Trompa.—5. Linfáticos procedentes del cuello uterino.—6. Vasos linfáticos procedentes del cuello uterino y dirigiéndose á los ganglios ilíacos.—7. Vasos linfáticos procedentes del cuerpo y del fondo del útero, que se dirigen á los ganglios lumbares.—8. Gran anastomosis que une los vasos del cuello y del cuerpo uterino.— 9. Pequeño vaso linfático situado en el ligamento redondo y dirigiéndose á los ganglios inguinales.—10, 11. Vasos linfáticos de la trompa que van á desaguar en los grandes vasos linfáticos nacidos del cuerpo uterino.—12. Ligamento del ovario.

que ocupa el hueco que forman la trompa y el ligamento del ovario; de este modo quedan establecidas relaciones importantes entre el ovario y la trompa (fig. 2), que completan las íntimas relaciones anatómicas ya existentes. Por esta razón, puede decirse que no hay ovaritis sin salpingitis, ni salpingitis sin ovaritis. La inflamación de los anejos debe, pues, con derecho figurar en una misma descripción.

La inflamación suele pasar casi siempre de la trompa al ovario directamente por contacto y adherencia. Pero también se observa en algunos casos supuración en el ovario, que no presenta ninguna

continuidad en la inflamación de la trompa; este hecho se puede explicar entonces por las relaciones linfáticas. En efecto, los vasos que arrancan del pabellón siguen el ligamento lateral externo del ovario y desembocan en el vasto confluente linfático que ha recibido el nombre de plexo sub-ovárico. Fácil es comprender, por lo tanto, que puede presentarse un absceso en el ovario con lesiones relativamente mínimas del oviducto (1). También, como lo ha

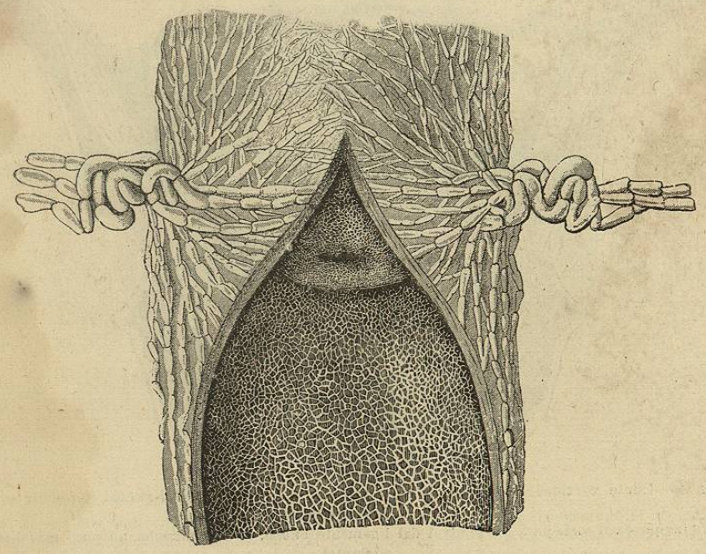


Fig. 3.—Linfáticos del cuello uterino y del tercio superior de la vagina (P. Poirier)

demostrado Poirier, pueden servir de vehículo á la inflamación las adherencias, que son muy ricas en linfáticos.

Por otra parte, la red linfática que reviste la superficie del ovario, comunica extensamente con la del peritoneo; según Waldeyer (2), basta hincar en el ovario un tubo de inyección linfática para inyectar toda la red de la serosa abdominal. De aquí se desprende, que si muy á menudo quedan circunscritas las peritonitis consecutivas á las inflamaciones de estos órganos, se debe esto sin duda alguna á que uno de los primeros estadios del proceso consiste en una obliteración plástica, en una especie de trombosis linfática adhesiva (3).

(1) Quénu. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 12 diciembre 1888, p. 954.
(2) Waldeyer. *Eierstock und Ei*, Leipzig, 1870.
(3) Según las investigaciones de Wallich sobre el sistema linfático subseroso del útero durante el embarazo, este sistema está formado de vasos capilares muy numerosos. Estos vasos, en número mucho mayor que los capilares sanguíneos, están dis-

Finalmente, el tejido celular sub-peritoneal que hay en los alones de la trompa y del ovario es una dependencia del de los ligamentos anchos, que por su parte se continúa hacia abajo en el suelo pélvico y por los lados con el tejido laminar más ó menos infiltrado de grasa, que dobla el peritoneo y que ofrece una laxitud especial delante de la vejiga en la pseudo-cavidad de Retzius (fig. 4).

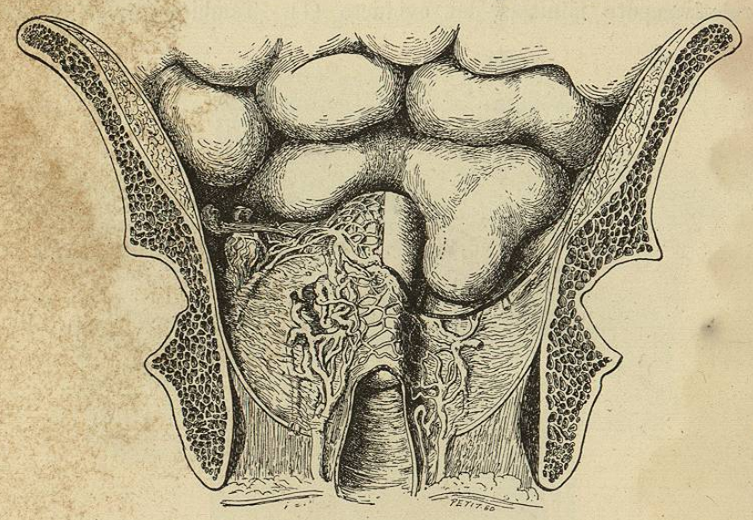


Fig. 4.—Corte vertical de la pelvis para mostrar el espacio pelvi-rectal superior y la fosa isquio-rectal
(A la izquierda el corte pasa por el nivel del ligamento ancho, y á la derecha un poco más hacia adelante)

El conocimiento de todas estas particularidades es indispensable para explicar la propagación profunda y superficial de la inflamación.

Clasificaciones de las salpingitis

Las **clasificaciones de las salpingitis** establecidas por los distintos autores difieren bastante unas de otras.

Cornil y Terrillon (1) admiten:

1.° La salpingitis catarral vegetante;

2.° La salpingitis purulenta (pío-salpingitis);

puestos en varios planos; comunican con los capilares linfáticos superficiales de la capa muscular, y van á parar por un lado á troncos, por otro á un sistema vascular especial. Los troncos son poco voluminosos en el estado normal, mientras que durante el embarazo son mucho mayores, sin alcanzar por esto las proporciones que ofrecen en el útero afectado de linfangitis puerperal, durante el período de involución de este órgano. Los capilares linfáticos también están en comunicación con un sistema vascular muy fino, formado por trabéculas y espacios de forma variable, revestidos, como los capilares linfáticos, de células de contornos dentados (fig. 5). El sistema linfático adquiere en la región submucosa del útero gran importancia, y estos nuevos datos anatómicos pueden arrojar mucha luz para llegar á comprender cierto número de hechos patológicos. V. Wallich. *Recherches sur les Vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide.* Tesis de París, 1891.

(1) Cornil y Terrillon. *Arch. de Physiol.*, 1887, 3.ª serie, t. X, p. 533.

3.° La salpingitis hemorrágica (hematoma de la trompa, hemosalpingitis);

4.° La salpingitis blenorrágica;

5.° La salpingitis tuberculosa.

Esta división es incompleta, porque prescinde de ciertas formas de inflamación difusa intersticial que se presentan en las afecciones crónicas. Además es defectuosa, porque separa la salpingitis purulenta de las salpingitis tuberculosa y blenorrágica, que son simples variedades de la misma.

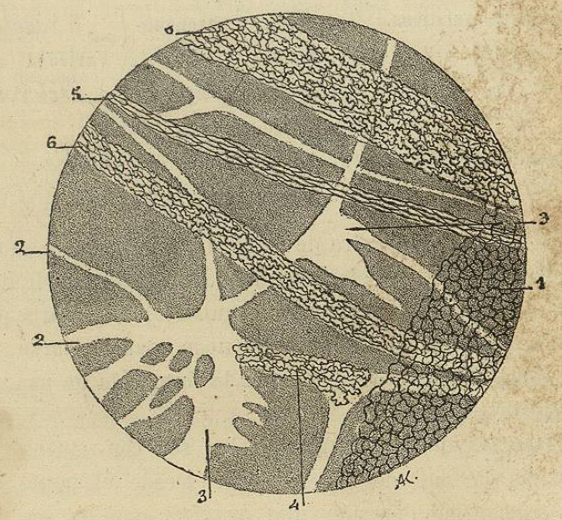


Fig. 5. — Capa subserosa superficial de un útero no grávido, aumento débil (Wallich)
1. Epitelio peritoneal.—2. Fajas claras (1).—3. Espacios estrellados.—4. Células dentadas de la pared de las fajas claras.—5. Capilar sanguíneo con células de su pared alargadas.— 6. Grandes capilares linfáticos con las células dentadas de sus paredes.

Orthmann (2) establece la división siguiente:

1.° Salpingitis catarral, con las variedades: simple, difusa, intersticial, hemorrágica y folicular;

2.° Salpingitis purulenta, que puede ser: séptica, blenorrágica ó tuberculosa;

3.° Hémato-sálpinx;

4.° Hidro-sálpinx;

5.° Pío-sálpinx (ó salpingitis purulenta quística).

(1) Wallich (*Loc. cit.*) designa con este nombre los espacios que pone á descubierto la nitratación, conteniendo células dentadas en algunos puntos determinados de su trayecto, y que probablemente son un sistema de espacios linfáticos situados más allá de los capilares.

(2) E. G. Orthmann *Beitr. zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben* (Wirchow's *Arch.*, 1887, Bd. CVIII, p. 165).

Partiendo á la vez del punto de vista clínico y anatómico, creo que lo procedente es establecer ante todo una división de las inflamaciones de las trompas basada en su diferente modo de terminar, es decir, según terminen ó no por la formación de un tumor enquistado. En este concepto estudiaremos:

I. **Salpingitis no quísticas.**	*a.* **aguda catarral;**	
	b. **aguda purulenta;**	**Variedad hipertrófica** ó *vegetante.*
	c. **crónica parenquimatosa** *(paqui-salpingitis)*	**Variedad atrófica** ó *esclerosa.*
II. **Salpingitis quísticas.**	*a.* **hidro-sálpinx** ó *serosa.*	
	b. **hémato-sálpinx** ó *hemática.*	
	c. **pio-sálpinx** ó *purulenta.*	

Prescindo en este cuadro de la noción etiológica, porque la salpingitis blenorrágica, por ejemplo, puede evolucionar siguiendo los tipos más diversos: tipo purulento no quístico, salpingitis purulenta quística ó pio-sálpinx, que á su vez puede transformarse ulteriormente en hidro-sálpinx ó terminar por la formación de una salpingitis parenquimatosa.

Las lesiones de los ovarios suelen ser con mucha frecuencia solidarias de las de las trompas. Desde el punto de vista clínico es muy difícil describir una *ovaritis* que no sea á la vez *tubo-ovaritis*. Por este motivo creo que, partiendo de la nosología y de la clínica hay que subordinar la inflamación del ovario á la de la trompa. Con todo, más adelante veremos que puede hacerse excepción para la **ovaritis esclero-quística**, la cual á veces existe independientemente de la salpingitis y reconoce por origen trastornos nutritivos especiales, funcionales ó diatésicos (1).

(1) Según M. Paul Petit, que ha dedicado estudios especiales á esta materia, se podría, sin embargo, desde el punto de vista puramente histológico, establecer para las ovaritis la clasificación siguiente. *(Nota manuscrita):*

Ovaritis no quística.	Aguda.	cortical.
		difusa.
	Crónica.	cortical.
		diseminada.
		hipertrófica.
		esclero-quística.
		atrófica.
Ovaritis quística. . .	Quistes serosos. . . .	por hidropesía folicular.
		por hidropesía intestinal.
	Quistes sanguíneos. . .	de los folículos.
		de los cuerpos amarillos.
		del estroma.
	Quistes purulentos.	
	Quistes por ectasia linfática.	

CAPÍTULO I

Oóforo-salpingitis sin tumor quístico

Patogenia. Etiología. Hétero-infección. Blenorragia. Parto, aborto. Infección mixta. Exploración séptica. Auto-infección. Tuberculosis. Causas excepcionales. — Anatomía patológica. I. Lesiones de la trompa: salpingitis aguda catarral, purulenta, crónica parenquimatosa, variedad hipertrófica, variedad atrófica. II. Lesiones del ovario: ovaritis, degeneración micro-quística, esclerosis. — Síntomas. Cólicos salpíngicos. Desórdenes de la menstruación. Tumores de los anejos. — Diagnóstico diferencial entre la oóforo-salpingitis sin tumor y: ovaria, neuralgia lumbo-abdominal, metritis. Diagnóstico del predominio de la ovaritis ó de la salpingitis; de la salpingitis quística; de la peri-salpingitis.— Curso y pronóstico. Exhalaciones agudas, núcleos inflamatorios, pseudo-adenitis peri-uterina, esterilidad. — Tratamiento. Medicación indirecta intra-uterina. Electricidad. Amasamiento. Oóforo-salpingotomía (operación de Lawson-Tait). Simple ruptura de las adherencias (operación de Hadra). Expresión de las trompas (operación de Polk). Salpingostomía. Gravedad de la salpingotomía.

Patogenia. Etiología.—¿Existe una ovaritis primitiva, como lesión inicial y original, unida á desórdenes de la menstruación y á excesos venéreos, é independiente de toda infección ó lesión anterior del útero y de las trompas? Así lo han sostenido recientemente Dalché y Prochownick (1), pero sin aducir las suficientes pruebas. Por mi parte no creo absolutamente en semejante lesión, á no ser que se trate de algunos rarísimos casos de ovaritis esclero-quísticas, de origen funcional y diatésico (2). Lo más común es que la ovaritis derive de una endometritis ó de una salpingitis anteriores, y si bien puede ocurrir que una ú otra de estas etapas hayan evolucionado de un modo definitivo sin dejar rastro anatómico duradero, siempre, empero, lograremos reconstituirlas si para ello acudimos al estudio de los antecedentes. Patogenia Etiología

Con preferencia me serviré, pues, de la voz *tubo-ovaritis*, ó de *oóforo-salpingitis*, y si alguna vez por efecto de la concisión adop-

(1) Dalché. *De l'ovarite*, Tesis de París, 1885.—L. Prochownick. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXIX, Heft 2, p. 183.

(2) Existen causas predisponentes especiales de la ovaritis. En la producción de las lesiones esclero-quísticas del ovario creo que intervienen en gran parte la diátesis reumática, el enfriamiento durante las reglas, los excesos venéreos y también la dilatación de las venas de la pelvis menor, que produce lo que se ha llamado *varicocele tubo-ovárico*. He tenido ocasión de comprobar este último hecho en tres casos, uno de los cuales ha sido muy bien estudiado por Paul Petit. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, junio 1891.—Véase sobre este varicocele: Dudley. *New-York med. Journ.*, 11 y 18 agosto 1888, t. XLVIII, p. 147 y 174.—H. Coe. *Amer. Journ. of Obstetr.*, marzo 1889, p. 504.