fluido sero-sanguinolento, pareciendo en este caso proceder de hemorragias que se han producido en folículos hidrópicos ó estar formados de sangre casi pura. Estos últimos se juntan principalmente á la esclerosis cortical, y se ha dicho de ellos que eran susceptibles de crecer hasta la ruptura, por una especie de puesta intra-quística de los folículos inmediatos *(quistes menorrágicos* de Bœckel). Poseen estos quistes una pared fibrosa, á veces muy delgada; su epitelio de revestimiento ha sufrido degeneración ó está destruído.

Los quistes sanguíneos situados en los *cuerpos amarillos* provienen de una exageración de la hemorragia fisiológica después de la puesta ó son debidos á aflujos hemorrágicos, repentinos y violentos en cuerpos amarillos ya cicatrizados. Los de la primera clase poseen una cubierta casi uniforme, en la cual se descubren más ó menos alterados los elementos distintivos de los cuerpos amarillos, masas vítreas de epitelio degenerado sustentadas por papilas. Los otros deben ser considerados como una variedad de hemorragia intersticial.

Estas hemorragias se presentan unas veces diseminadas, otras difundidas por todo el espesor del estroma del ovario, transformándolo en una papilla análoga á la pulpa esplénica.

Entre la hemorragia intra-vesicular y la apoplejía del estroma se pretende que existe una forma mixta (Besnier), que consiste en un verdadero *hematocele intra-ovárico* por puesta anormal.

Quistes purulentos

C.—**Quistes purulentos.**—La supuración del ovario se manifiesta al principio en forma de abscesos múltiples (1) de pequeño volumen y bien limitados, la mayor parte de los cuales parece que tienen su asiento en los ovisacos, si se ha de juzgar por su forma y por los restos de células epiteliales que se encuentran en sus paredes. Poco á poco se fusionan en virtud de la supuración consecutiva que sufre el tejido celular interpuesto y llegan á constituir bolsas más ó menos vastas, y á veces una bolsa única. La pared del grande absceso está formada de dentro afuera por una capa embrionaria, á la que sigue otra fibrosa densa y por último otra vascular, en cuya última se descubren más ó menos modificados los elementos del órgano. Probablemente se deben referir á los quistes purulentos los quistes por reblandecimiento circunscrito que han señalado Rindfleisch y Mayweg.

Quistes por ectasia linfática

D.—**Quistes linfáticos.**—Estos pseudo-quistes, que, según parece, dependen siempre del varicocele ovárico, pueden alcanzar las dimen-

(1) Se ha hallado el *estreptococo* en el pus de un absceso del ovario.—J. Veit. Soc. obstétr. y gin. de Berlín, 13 diciembre 1889 *(Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 66).—R. Schœffer *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1890, Bd. XX, Heft 2, p. 231.

siones de los pequeños quistes foliculares. Se presentan en forma de masas estrelladas, tapizadas de células planas, que encierran cierto número de glóbulos blancos.

Todos estos microquistes de variedad tan diferente y de contenido seroso, sanguinolento ó purulento, y las más veces asociados entre sí unos con otros, tienen como caracteres comunes su origen inflamatorio ó simplemente irritativo y su desarrollo limitado. Parece ya demostrado en absoluto, que no pueden transformarse en quistes prolíferos. En un momento dado, vierten su contenido ora en la gran cavidad abdominal (quistes sanguíneos), ya en las vísceras contiguas (quistes purulentos), ó bien se atrofian después de haberse reabsorbido su contenido (1).

Síntomas

Síntomas.—Puede parecer algo extraño, *à priori*, que se quiera presentar simultáneamente el cuadro clínico de colecciones purulentas y de colecciones serosas y sanguíneas de las trompas y de los ovarios. En efecto, si no se ha comprobado por la observación clínica, es muy difícil representarse que una mujer pueda albergar en el vientre una ó dos bolsas llenas de pus sin ofrecer fenómenos graves, y á veces hasta sin acusar el menor sufrimiento. Entre el período inicial de formación y el período último de inflamación de contigüidad y de esfuerzos de evacuación espontánea, el pio-sálpinx atraviesa una fase de embotamiento ó, por decirlo así, una fase latente, durante la cual la economía se muestra perfectamente protegida por el enquistamiento exacto del líquido séptico y parece tolerar su presencia (2): entonces los signos racionales son totalmente parecidos á los de una salpingitis crónica, y los físicos no difieren de los del hidro- ó del hémato-sálpinx. Por esta razón, es lícito trazar el cuadro de conjunto, añadiendo tan sólo algunos rasgos relativos á los períodos agudos del absceso de las trompas.

Muy poco difiere este cuadro del antes trazado á propósito de la salpingitis no quística. Encontramos en él los mismos dolores, los mismos desórdenes de la menstruación (amenorrea, dismenorrea, menorragia); estos últimos, empero, pueden faltar en algún caso excepcional y no sufrir las reglas ninguna perturbación (3).

(1) Á M. Paul Petit debo la redacción del trozo relativo á la anatomía patológica de la ovaritis quística, por lo cual le expreso aquí mi más sincero agradecimiento.

(2) Lawson-Tait *(Brit. med. Journ.*, 4 junio 1887, t. 1, p. 1211) refiere que extirpó á la mujer de un colega suyo un pio-sálpinx bilateral, el cual estaba á punto de romperse y que probablemente habría causado la muerte de la enferma antes de una semana, por más que ésta nunca había manifestado sufrimientos; el eminente cirujano tuvo que luchar mucho para convencer al marido de la necesidad de la operación.

(3) L. Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 18 enero y 8 febrero, 1888, p. 65 y 145.

En el hémato-sálpinx, PUECH ha observado alguna vez un derrame incesante de sangre, que á falta de verdaderas reglas se verificaba en cantidades muy pequeñas: éste es el fenómeno que algunos autores habían llamado *amenorrea destilante;* por lo demás nada tiene de patognomónico y puede hallarse también en la metritis.

Salpingitis profluente

He de ocuparme todavía de un signo accesorio, cuyo valor se ha exagerado muchísimo; me refiero al **derrame súbito** que sobreviene á consecuencia de una crisis de cólicos, derrame de cierta cantidad de líquido seroso, hemático ó purulento: este fenómeno puede producirse por intervalos irregulares; así, por ejemplo, cada mes, cada seis meses. ¿Guarda relación este fenómeno con la persistencia de un orificio uterino permeable, que de cuando en cuando se verá forzado á abrirse por la repleción exagerada del quiste? ¿Será únicamente una expulsión del contenido del útero, inflamado también á su vez, expulsión que se producirá por contracción refleja de las paredes de la matriz? Si se considera cuán habitual es la obliteración de las trompas quísticas por el lado de la cavidad uterina, esta última explicación parecerá la más plausible en la mayoría de los casos. Sea como fuere, ya hace mucho tiempo que esta particularidad ha sido notada por los observadores: es el *hydrops tubæ profluens* de FRORIEP. KLOB, partiendo de observaciones verificadas en mujeres de edad avanzada, cree que se podrían explicar así ciertas presuntas reapariciones de reglas, posteriores á la menopausia (1). En algunos casos la presión del tumor al nivel del vientre, ha hecho manar su contenido en la vagina (2). Este derrame de pus provocado por la presión abdominal, ó **pio-metrorrea**, ha sido señalado con frecuencia como un síntoma que prueba la existencia de pio-sálpinx.

Dos son únicamente los grupos de síntomas que pueden llamarse en cierto grado característicos: los **dolores** que atraen la atención hacia al lado de los anejos del útero; el examen local que descubre un **tumor** particular á los lados del útero.

El examen físico debe verificarse por la palpación bi-manual combinada con el tacto rectal, pero es preciso observar mucha cautela en la exploración, porque se cuentan accidentes graves y hasta mortales causados por la ruptura de un pio-sálpinx por haber sido explorado demasiado bruscamente.

(1) BECQUEREL (*Traité clin. des Maladies de l'utérus,* 1859, t. II, p. 279) relata tres casos análogos observados en ancianas de la Salpêtrière.

(2) HAUSMANN (citado por GÜEMES. Tesis de París, 1887, p. 64) ha publicado un caso de este género en una joven, por hémato-sálpinx, observado por FRANKENHÆUSER.—ROUTIER (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 12 oct. 1887, p. 547) ha publicado una observación de pio-sálpinx que parecía vaciarse por la presión.

Son muy diferentes los caracteres que presenta el **tumor quístico**, según se halle libre y goce de cierto grado de movilidad á los lados del útero, ó según haya descendido al fondo de saco de DOUGLAS y se halle fijado al mismo por adherencias.

En el caso tipo de tumor libre, con las dos manos se puede coger una pequeña masa alargada en forma de chorizo ó de pera, que cuelga de los lados de la matriz y que está separada de esta última por una especie de ranura formada por el pedículo, que es más delgado y menos accesible. Cuando el tumor es bilateral, produce la impresión de unas alforjas echadas de un lado al otro del útero. Raras veces se descubre fluctuación, pero si la enferma no está anestesiada siempre se provoca dolor con el examen. Otras veces, si bien se percibe esta sensación en un lado, se halla que el otro juntamente con el fondo de saco posterior está ocupado por un tumor globuloso, que parece formar una sola masa con la cara posterior del útero y presenta una consistencia elástica ó fluctuante. Es una trompa dilatada en forma de retorta, que, con el vientre alojado en el fondo de saco de DOUGLAS, levanta el útero y deprime el recto. Si el tumor es purulento, continúa conservando durante algún tiempo su independencia, pero más adelante puede aglutinarse á las partes contiguas de tal modo, que se transforma en un verdadero absceso no enucleable, adosado á la pelvis, es decir, en un absceso pélvico.

Diagnóstico del hidro-hémato y pio-sálpinx entre sí

Diagnóstico.—¿Es dable distinguir en todos los casos el pio-sálpinx de los quistes serosos ó hemáticos de la trompa? Ya he hecho notar cuánta reserva debe inspirarnos este diagnóstico, como asimismo la tolerancia extraordinaria, que durante largos períodos puede mostrar la enferma para una bolsa de pus exactamente limitada. Empero, habrá que sospechar el pio-sálpinx, si la dilatación del oviducto es subsiguiente á una infección blenorrágica ó puérpero-gonorréica, y si el tumor resulta muy adherente. Siempre que hubiera fístulas purulentas intermitentes ó permanentes, ya no queda lugar á duda. Todo el diagnóstico se reduce entonces á fijar la limitación exacta del foco y su posible transformación en **absceso pélvico**. Por el contrario, en los casos dudosos, preciso es confesar que no queda más recurso que la abertura del vientre para solventar la cuestión.

El hidro-sálpinx y el pio-sálpinx son casi siempre dobles, mientras que del hémato-sálpinx se dice que más á menudo suele ser unilateral (1). ¿No será esto debido á que este último suele provenir de un embarazo tubar, detenido en su desarrollo? Por otra parte,

(1) C. HENNIG. *Die Krankheiten der Eileiter,* Stuttgart, 1876.

también puede haber en un lado una colección purulenta y en el otro una colección serosa.

El volumen muy considerable del tumor salpíngico y la ausencia de vastas adherencias hablan en favor del hidro-sálpinx; entonces la presión también es menos dolorosa que en el quiste purulento.

Diagnóstico diferencial entre la oóforo-salpingitis quística y: quiste del ovario Quiste intra-ligamentario

Hallándose el tumor todavía libre, es fácil confundir las colecciones enquistadas de la trompa con un **quiste del ovario** incipiente y sobre todo con un **quiste intra-ligamentario**; pero este último ya desde un principio se presenta más francamente lateral y no suele estar separado del útero por el intervalo correspondiente al pedículo del quiste tubar.

Embarazo tubar

Fuerza es reconocer la casi imposibilidad de diagnosticar el **embarazo tubar** durante los cuatro primeros meses. La mayor parte de las operaciones en que se han extirpado esos quistes fetales, han sido practicadas con motivo de presuntas salpingitis. La hipertrofia del útero y la expulsión de una caduca son los únicos signos de probabilidad, porque las reglas pueden continuar persistiendo.

Cuerpos fibrosos

Los **cuerpos fibrosos del útero** son una de las enfermedades con las que el inexperto observador suele fácilmente confundir los grandes quistes serosos ó hemáticos de la trompa, y efectivamente, casos hay, en que es imposible distinguirlos en la primera exploración. Pero con el cateterismo uterino, hecho con precaución, se descubre el gran aumento de profundidad del órgano en los cuerpos fibrosos y su estado normal en la afección tubar. Por último, si se ha cloroformizado á la enferma antes de la exploración, siempre se percibe fluctuación en el hidro- y hémato-sálpinx, no bien han alcanzado éstos cierto volumen, y el clínico queda sorprendido de percibir una sensación completamente diferente de la que obtuviera antes de la anestesia. Los pio-sálpinx adherentes, que forman relieve en el fondo de saco de Douglas, producen con frecuencia la sensación de la *vagina de cartón*.

Punción é incisión exploratrices

¿Es lícita la **punción exploratriz** en casos de duda para aclarar el diagnóstico? Por poco lejano que esté el tumor del punto en que se practica la punción, ya sea la pared abdominal, ya el fondo de saco vaginal, aconsejo que se deseche este medio como peligroso. Con él se corre riesgo de herir el intestino, y expone, sobre todo, á la efusión de líquido séptico en el peritoneo, que puede tener lugar ya primariamente, cuando á pesar de la aspiración no ha podido verificarse una evacuación completa, ya secundariamente, cuando la

nueva repleción del quiste vuelve á desunir los labios recientemente aglutinados de la pequeña herida. Esta exploración, por insignificante que parezca á la enferma y á los que la cuidan, es en realidad más grave que una **incisión exploratriz** practicada con las precauciones antisépticas necesarias. Verdad que no debemos resolvernos sin más ni más á emprender esta última, pero tampoco hay que perder de vista que en ella tenemos uno de los más preciosos recursos de la cirugía contemporánea (1).

Tumor fibro-quístico

El diagnóstico diferencial entre un quiste voluminoso de la trompa y un **tumor fibro-quístico** del útero, resulta en ciertos casos imposible: empero, puede á veces decidirlo el aumento de volumen de la cavidad uterina, medida con el histerómetro. En este caso sería particularmente peligrosa la punción exploratriz (2).

Adenitis pélvica

También ha sido causa de errores de diagnóstico la **adenitis pélvica**, afección rara y de origen á menudo indeterminado. Los signos racionales que acusa y el tumor que forma, han simulado en ocasiones el pio-sálpinx adhererente. Terrier cita un caso interesante de esta naturaleza. L. Championnière y yo mismo hemos visto otros análogos (3).

Embarazo

Finalmente, también se ha observado un **embarazo** complicado de pio-sálpinx bilateral, no habiéndose podido determinar el tumor complejo resultante, sino después de la laparotomía exploratriz (4).

Enterocele adhesivo

Doléris (5) ha citado dos casos curiosos de **enterocele adhesivo** en el fondo de saco de Douglas, cuyos fenómenos dolorosos, junto con los signos que arrojó la exploración, habían hecho creer que se trataba de un tumor inflamatorio de los anejos. El tumor que se percibía por el tacto detrás del útero, estaba formado por asas intestinales

(1) Lawson-Tait, en una conferencia que dió en el *Jefferson med. College*, en 15 set. 1884, decía: «La experiencia me ha enseñado que es un crimen quirúrgico consentir que una enferma muera sin operación, cuando ésta encierra una probabilidad de alivio.»—L.-Tait practica una incisión muy pequeña (2 ó 3 pulgadas inglesas) que permite la introducción de uno ó dos dedos; toda la exploración debe ser llevada á cabo únicamente con el tacto y sin la comprobación de la vista.—Gaillard Thomas (*Med. News*, Filad., dic. 1886), en un artículo intitulado: *La Laparotomía como recurso de diagnóstico*, expone las mismas ideas que L.-Tait. Dice que desearía ver inscrito en los muros de cada hospital dedicado á la cirugía abdominal el siguiente aforismo: «Cuando ocurra alguna duda acerca el diagnóstico de un neoplasma abdominal que dé lugar á graves trastornos, ó acerca un estado mórbido indeterminado de la cavidad abdominal que amenace la existencia, probad mejorar por una incisión exploratriz la suerte fatal de la enferma.»—Véase además sobre esta materia: Joseph Price. *Obstetr. Soc. of Philad.*, abril 1887 (*Amer. Journ. of Obstetr.*, 1887, t. XX, p. 749).

(2) Schrœder. *Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, 1886, p. 243.

(3) S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 14 abril 1886, p. 300.—Terrier, L. Championnière. *Ibid*, 3 julio 1889, p. 551 y 555.

(4) Sacré. Soc. obst. y gin. de Bruselas, 21 julio 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 39, p. 683).—Se practicó la operación de Porro; curación.

(5) Doléris. *Quelques points de diagnostic différentiel de l'Oophoro-salpingite* (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, agosto 1889, p. 357).

aglutinadas por falsas membranas. En ambos casos no se obtuvo ninguna mejora con la ablación de los anejos. También yo he observado (1) un caso análogo, pero la forma de los accidentes era super-aguda, siendo, al parecer, una peri-salpingitis su punto de partida, por más que fuese bastante ligera la alteración de las trompas. En este caso obtuve rápida curación con la práctica de la laparotomía seguida de la ruptura de las adherencias, del lavado del peritoneo y del desagüe.

Curso. Duración Terminación Pronóstico

Curso. Duración. Terminación. Pronóstico.—Puede decirse que las colecciones enquistadas de la trompa constituyen afecciones definitivas, que únicamente la extirpación puede llegar á curar. Las mujeres afectas de ellas son valetudinarias expuestas por la menor fatiga á los accidentes agudos de la peri-salpingitis, y por esta razón la marcha de esta afección es un curso esencial de **repeticiones** ó **recidivas**, cual lo habían notado ya los clínicos desde mucho tiempo atrás en el flemón peri-uterino y en la pelví-peritonitis; es de notar, que hasta hace muy poco las lesiones de las trompas se confundían y amalgamaban, bajo aquel nombre, con las inflamaciones propagadas á que dichas lesiones daban origen. Las crisis agudas se manifiestan sobre todo por la exacerbación de los fenómenos dolorosos y nerviosos en los tumores no purulentos; en estos últimos sobreviene además fiebre, que se presenta por exacerbaciones con remitencias casi completas. L.-Tait ha atribuído estos accidentes repetidos al derrame de algunas gotas de líquido irritativo por rasguños de la trompa (2). Sea cual fuere su causa, siempre se reproducen pequeñas exhalaciones de peri-salpingitis. Finalmente, puede haber también **rupturas** completas, en cual caso, si se trata de un quiste seroso ó hemático, los accidentes pueden ser relativamente ligeros (3) (como cuando hay ruptura del quiste del ovario); pero si es un pio-sálpinx el que se abre en el peritoneo, es muy natural que los accidentes sean formidables y fulminantes, ignorándose á veces su causa. El médico forense no debe ignorar la posibilidad de estas muertes rápidas, que sobrevienen en mujeres cuyo estado de salud apenas parecía quebrantado; estos hechos se pueden comparar en su gravedad inesperada con las rupturas de embarazos extra-uterinos.

Recidivas

Rupturas

(1) S. Pozzi y Baudron. *Revue de Chir.*, agosto 1891.

(2) Lawson-Tait. *Traité des Mal. des ovaires*, trad. al franc. de Olivier, 1886, p. 92 y 150.

(3) Se ha comunicado, sin embargo, un caso de muerte por la ruptura de un hidrosálpinx, á consecuencia de la dilatación del cuello y del abajamiento del útero. (A. Mermann. *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, p. 513.)

Cuando la bolsa tubar, llena de pus, no puede vaciarse por el orificio uterino, por hallarse éste definitivamente obliterado, y cuando continúa su marcha el proceso infeccioso, el pus que se va produciendo dilata extraordinariamente la bolsa quística, que en su crecimiento llega á ponerse en contacto con las cavidades inmediatas, es decir, con la rectal y la vaginal; entonces la bolsa contrae adherencias con estas cavidades y finalmente se vacía por perforación. El orificio que de este modo resulta muestra siempre tendencia á abrirse de nuevo, siendo así como se producen las **fístulas**. Obsérvanse éstas principalmente del lado del recto, lo cual es debido á que el pio-sálpinx suele formar con mucha frecuencia prolapso hacia el fondo de saco de Douglas. Es mucho más raro que el pus se abra camino directo hacia la vagina, la vejiga ó el uréter (1). La abertura rectal se anuncia por las punzadas, el tenesmo y la diarrea glutinosa (Nonat) que la preceden; la perforación en la vejiga se anuncia por signos de cistitis. Por efecto de una doble abertura puede también establecerse una comunicación recto-vesical.

Fístulas

Estas fístulas acostumbran á ser intermitentes; después de una explosión febril y dolorosa premonitoria, se evacúa bruscamente el pus, é inmediatamente se insinúa un alivio notable é instantáneo; la enferma, que parecía hallarse á las puertas de la muerte, renace á la vida, y hasta parece que se restablece más ó menos; pero á la corta ó á la larga prodúcese una nueva exhalación análoga que postra de nuevo á la paciente. Estas alternativas pueden continuar durante mucho tiempo, sin alterar profundamente el estado general de un modo definitivo. Pero otras veces, estos accesos revisten un carácter de septicidad extrema, que es causa de que el termómetro suba hasta 41 grados; escalofríos violentos, delirio, una profunda alteración de los rasgos del semblante, indican lo intenso de la afección. Á vuelta de algunos ataques, queda la enferma abatida y presa de una fiebre héctica, que acaba por agotar sus fuerzas. Constituye uno de los caracteres más notables de este estado morboso la anorexia invencible que se presenta: algunas mujeres no pueden soportar ningún alimento, todo lo vomitan y mueren literalmente de inanición.

Otro tipo clínico hay, en que la fístula, ya permanente, ya intermitente, apenas provoca reacción, acarreando, empero, paulatinamente una depauperación general.

(1) Wylie. *Complication of Salpingitis: right tube adherent to ureter (Amer. Journ. of Obstetr.*, 1891, t. XXIV, p. 314).

Propagación

La trompa supurada también puede abrirse en sentido lateral contra la fosa ilíaca, produciendo abscesos en esta región, ó bien hacia adelante en el tejido celular pre-vesical, en cuyo punto origina una forma especial de supuración de la cavidad de Retzius. Estas lesiones, que en el capítulo siguiente serán objeto de especial estudio, salen del marco de las inflamaciones circunscritas para entrar en el de los abscesos pélvicos.

Residuos

Cuando se ha logrado espontáneamente una curación relativa, los **residuos plásticos** que circundan y dislocan el útero y los anejos constituyen una causa permanente de dolores y una amenaza incesante de que vuelva á aparecer la inflamación aguda. Por otro lado también, las trompas, aun después de haber evacuado su contenido, quedan afectas de salpingitis intersticial, hipertrófica al principio y más adelante atrófica, la cual perpetúa los dolores.

Tratamiento

Tratamiento.—Hace más de un siglo que Louis escribía que «un gran número de enfermedades que son la desesperación del médico se curan muy fácilmente con el auxilio de la cirugía.» Ninguna otra afección ha demostrado con tanta evidencia la verdad de este concepto, como las afecciones de las trompas. Pocos años hace aún, que las mujeres afectadas de esta lesión, confiadas como lo eran á la medicina expectante, veíanse condenadas, unas á un estado valetudinario perpetuo, otras á una muerte lenta y dolorosa. Actualmente podemos decir casi con seguridad que la cirugía las libra de un fin desastroso.

¿Cabe en estas afecciones adoptar también el tratamiento indirecto, cual lo he preconizado para la salpingitis no enquistadas? Muchos autores de nota, primero Walton, después Doléris, Gottschalk (1), etc., han ideado provocar la expulsión del líquido contenido en la bolsa tubar, destapando por decirlo así, el orificio interno por medio del **raspado** y de la **dilatación del útero.** Basta recordar la anatomía patológica de esta clase de lesiones y la obliteración completa y definitiva que presenta el calibre de la trompa en la gran

(1) Walton. *Contribution à l'étude de la Pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus* (Memoria presentada á la Academia real de Medicina de Bélgica, 30 julio 1887 y publicada en los *Mémoires couronnés*, 1888, t. VIII).—*Du Drainage de la cavité utérine, en cas d'Abcès pelviens (Annal. et Bull. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1888, p. 102).—Walton basa sus proposiciones terapéuticas en un experimento muy discutible hecho con una bola hueca de cauchú, que para este efecto dilata con un pesario de Gariel. La aplicación que hace de este experimento á las condiciones patológicas me parece muy controvertible.—Doléris *(Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 21 dic. 1888) reproduce las ideas precedentes. En un artículo más extenso *(Journ. de Méd. de Paris*, 1889, n.os 7 y 9), refiere experimentos hechos en el cadáver y en piezas patológicas, experimentos que no llegan á convencer.—S. Gottschalk. *Zur Behandlung der Pyosalpinx (Deutsche med. Zeit.*, 1889, n.º 30 p. 351).

mayoría de los casos, para comprender lo teórico é ilusorio de semejante tratamiento. Las mejorías y curas realmente observadas en virtud de estas prácticas se referirán sin duda alguna á perisalpingitis serosas que erróneamente se tomarían por pio-sálpinx.

Apenas merece tampoco mención la idea de evacuar el contenido de las trompas mediante su **cateterismo.** Siendo ya dudosa, como lo es, la posibilidad de penetrar con el catéter en una trompa sana (1), es de suponer que esta maniobra será ilusoria y peligrosa á la vez en una trompa enferma.

No bien se ha adquirido certeza positiva de la presencia de un tumor enquistado en las trompas, no queda más recurso que practicar su ablación, y para esto hay que elegir el momento á propósito. En cuanto sea dable, no se operará durante ninguna exhalación aguda. Con todo, si ésta ofreciese un carácter grave y amenazare provocar una peritonitis generalizada, ó si hubiera principalmente motivo de temer la ruptura de un pio-sálpinx, sin pérdida de tiempo se procederá á la inmediata abertura del abdomen, siendo éste el único medio de poder salvar á la enferma.

Oóforo-salpingotomía Técnica operatoria

La operación de la **oóforo-salpingotomía**, verificada en estas condiciones, presenta dificultades incomparablemente mayores que cuando se trata de salpingitis catarrales. La multiplicidad de las adherencias, el riesgo de reventar la bolsa quística llena de líquido capaz de infectar el peritoneo, exigen las mayores precauciones. De ordinario, la incisión que habrá que hacer, deberá ser mayor que para la castración propiamente dicha. Á veces, nos saldrá al encuentro un epiploón adherente al pubis y henchido por burbujas de serosidad (edema agudo) que lo desfiguran por completo: entonces es preciso desprenderlo con los dedos protegidos por compresas-esponjas, y, si estuviese muy alterado, habrá que resecarlo después de ligado con catgut en varios paquetes pequeños. Luego probaremos de orientarnos con los dedos en el fondo del útero, y siguiendo los cuernos pasaremos á palpar las trompas y los ovarios. Cuando se haya reconocido la trompa que ha sufrido mayor alteración, no deberá abandonarse y se procurará dar la vuelta al tumor para despegarlo si se halla adherido, insinuando el dedo entre dicha trompa y los órganos vecinos. Cuando el saco es muy voluminoso y presenta paredes delgadas, para evitar el riesgo de romperlo, habrá que aspirar su contenido con el aparato de Potain ó de Dieulafoy, cerrando luego el agujero practicado con la aplicación de una ó dos pinzas de forcipresión. Si el tumor es

(1) A. Martin. *Arch. f. Gyn.*, 1881, t. XXIV, p. 305.