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.

pequeño, firme y resistente, vale más despegarlo con mucha cautela y no vaciarlo, con lo cual se obtiene mejor presa para la acción de los dedos. Cuando se ha desprendido el tumor y solamente queda adherido al ligamento ancho por los alones de la trompa y del ovario, se atraviesa este pedículo membranoso con la aguja roma enhebrada con un hilo de seda, y se practica la ligadura, ya haciendo el nudo de LAWSON-TAIT, ya por dos hilos cruzados, ó bien con una serie de ligaduras encadenadas, si el pedículo fuese demasiado ancho. Si á causa de las adherencias fuese muy difícil el comienzo del descortezamiento de una trompa quística soldada al fondo de saco de DOUGLAS, al objeto de ganar espacio se seccionará primero la trompa entre dos ligaduras á un centímetro del útero, en un punto en que la misma suele estar poco alterada y nada dilatada y que ofrece un verdadero pedículo, después de esto se operará el desprendimiento de las adherencias de dentro afuera, en vez de proceder de fuera adentro.

Á este propósito, debo señalar un error que puede provenir de la adherencia del apéndice vermiforme al tumor: hay que evitarlo y no tomar este apéndice por el pedículo, lo cual fuera muy peligroso.

Con un fin antiséptico se cauterizará con el termo-cauterio la superficie de sección de la trompa, porque esta superficie siempre presenta una pequeña hernia de la mucosa enferma en el centro del muñón.

Cuando la separación de las diversas partes ofrece grandes dificultades, el operador se siente naturalmente impulsado á ensanchar la herida para hacerse con mayor espacio y poder seguir con la vista la maniobra de los dedos. LAWSON-TAIT, que tiene suma experiencia en esta operación, condena formalmente este procedimiento. Aconseja al cirujano que se atenga exclusivamente al tacto y que no se complique la tarea con la necesidad de repeler los intestinos y de reducir luego los labios de una herida abdominal, que á menudo suele ser muy resistente. Si en el acto de practicar la ligadura del pedículo, resulta éste grueso, tenso é inextensible y amenaza desgarrarse con la tracción que debe soportar para ser atraído al alcance de los instrumentos, ó bien, si corre riesgo de cortarse al querer constreñir los hilos, LAWSON-TAIT aconseja procurarle mayor laxitud por medio del procedimiento siguiente: hace deslizar los dedos á lo largo del ligamento ancho hasta alcanzar el nivel de la inserción de éste en la pelvis, y llegado á este punto, rascando con las uñas, produce algunos rasguños en la serosa y en la armazón fibrosa

del ligamento; con estos rasguños no se interesan los vasos, porque éstos se escapan fácilmente en virtud de su elasticidad y movilidad. De esta manera se comunica mayor juego al ligamento ancho y con mayor facilidad se puede luego atraer el pedículo hacia la herida para practicar su ligadura sin desgarrarlo ni cortarlo (1).

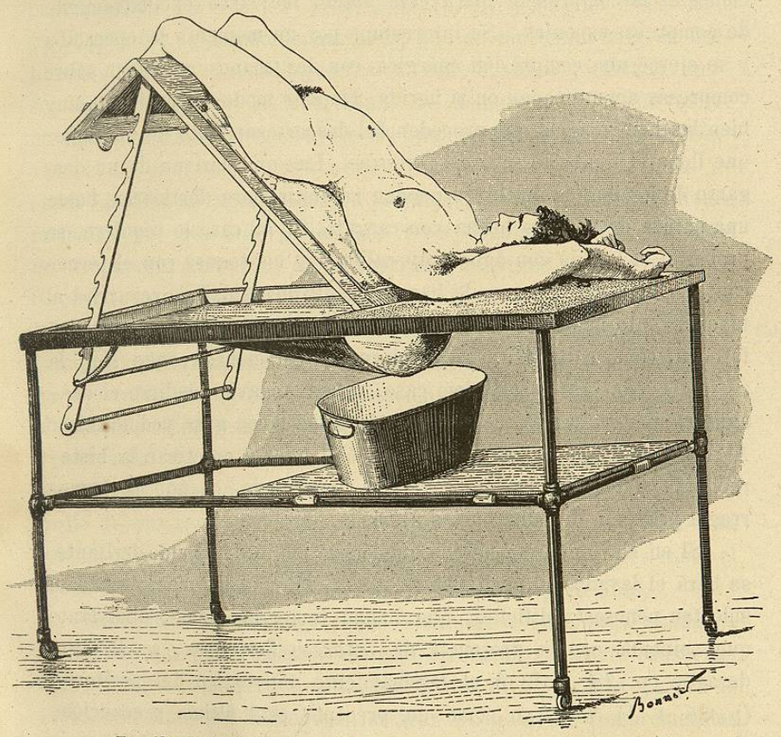

FIG. 17.—Posición declive de TRENDELENBURG en la mesa de EDEBOHLS (2)

Finalmente, hay casos excepcionales (3) en que el tacto no nos proporciona las indicaciones suficientes, ó en que recelamos fiarnos únicamente de él; entonces podrá ser necesario el auxilio de la vista, para cuyo objeto, ó bien se hará tomar á la enferma la *posición declive* de TRENDELENBURG (fig. 17), ó bien se practica la *evisceración* ó extracción temporal de una ó muchas asas intesti-

Posición declive de TRENDELENBURG
Evisceración

(1) GREIG SMITH. *Loc. cit.*, p. 170.

(2) Creo que injustamente se ha erigido en regla esta posición declive en las operaciones de salpingotomía (H. DELAGENIÈRE. *Du plan incliné dans certaines Laparatomies* en *Progrès med.*, 14 y 21 mayo 1891). En casos de ruptura de una bolsa purulenta tiene el grave inconveniente de facilitar la vasta infección del peritoneo.

(3) Véase *New-York Journ. of Gyn. and Obstetr.*, diciembre 1891, p. 149.

nales, que deberán protegerse cubriéndolas con compresas asépticas calientes. De esta manera, con el auxilio de las tijeras y del termocauterio pude separar con toda comodidad los anejos que se hallaban íntimamente adheridos á la S ilíaca, en un caso de pio-sálpinx (1).

El medio mejor para dominar las hemorragias en estas operaciones es la compresión; para este objeto me sirvo exclusivamente de compresas-esponjas. Se interrumpe por un momento la operación y se ejerce una compresión enérgica con las manos aplicadas sobre compresas amontonadas en la herida. De este modo se contienen muy bien las hemorragias que proceden del descortezamiento de un tumor que llena el fondo de saco de Douglas. Las que derivan de un desgarro de los bordes del útero pueden persistir; para dominarlas basta una sutura de repulgo hecha con catgut. Si el caso lo requiere, se probarán el lavado con agua muy caliente y los toques con el termocauterio. Únicamente cuando haya absoluta necesidad se recurrirá al taponamiento hemostático del peritoneo con gasa débilmente yodofórmica, como asimismo á la forcipresión estacionada, que será la *ultima ratio*. En este último caso, deberá todavía añadirse el desagüe capilar y habrá que envolver las pinzas con gasa yodofórmica. Algunos cirujanos se han visto hasta obligados á practicar la histerectomía abdominal para obtener la hemostasia, cuando la hemorragia provenía de adherencias uterinas.

Si en el vientre ha habido efusión de pus ó de líquido irritante, se hará el lavado del peritoneo (p. 28, t. I), y si las maniobras han sido tan penosas y difíciles, que hagan temer un rezumo abundante que coincida con la presencia de extensos desgarros, se hará el desagüe (p. 78, t. I) ó el taponamiento antiséptico del peritoneo (p. 85, t. I). Observo como un precepto esta última precaución, siempre que existe una fístula; ésta suele entonces obliterarse inmediatamente después de la operación y no ocurre ninguna infección del peritoneo. Si su obliteración tarda á verificarse, la cavidad serosa queda perfectamente resguardada por el taponamiento (2).

¿Deben extirparse sistemáticamente ambas trompas, aun en los casos en que tan sólo una de ellas parece estar afecta, toda vez que la segunda suele mostrar también predisposición á enfermar? Creo que con tal modo de obrar se sacrifica con demasiada ligereza la posible fecundidad de la mujer, y considero preferible tener que

(1) S. Pozzi y E. Baudron *Loc. cit.*, p. 631.

(2) S. Pozzi, Lostalot-Bachoué y Baudron. *Remarques clin. et opérat. sur une série de trente Laparotomies (Annal. de Gyn.*, mayo 1890, t. XXXIII, p. 251 y siguientes).

exponerla más tarde á los riesgos de otra operación, si tal lo exigiera el caso. Son muy pocos los cirujanos que en esta materia se muestran tan radicales como L.-Tait.

Después de atravesar una fase verdaderamente temeraria, parece que quiere entrar ahora la cirugía de las trompas en un período conservador. En ocasión precedente (p. 67 y 68) he mencionado ya la práctica de muchos operadores, que se contentan con el desprendimiento de las adherencias y con el aseo y lavado antiséptico, cuando por la laparotomía se demuestra que sólo existe un ligero grado de alteración de los anejos. En algunos casos Martin (1) se ha concretado á abrir el pabellón, separando unas de otras las franjas aglutinadas, ó practicando en ellas una abertura artificial por **resección parcial** de este conducto. Ha efectuado 24 veces esta resección de la trompa y 21 veces la del ovario (2). Skutsch (3) da cuenta de una operación de esta clase, y propone se le aplique el nombre de **salpingostomía**. En vez de extirpar la trompa transformada en quiste seroso, aseguróse de la naturaleza de su contenido por medio de una punción aspiradora, abrió el extremo abdominal, escindió de él un pedazo oval de 1 centímetro cuadrado y con seda reunió la mucosa y la serosa alrededor del orificio, después de haber restablecido la permeabilidad de la trompa por medio de una sonda que hizo pasar por su luz. Skutsch con esta ocasión pregunta, si no sería tal vez mejor, suturar en tales casos el nuevo pabellón con el ovario. Yo creo esto muy preferible.

Resección parcial de la trompa

Salpingostomía

Debo decir, sin embargo, que me inspira muy poca confianza la utilidad que pueda sacarse de esta operación sedicente conservadora, porque considero que la estructura de la trompa y, por lo tanto, sus funciones fisiológicas, estarán seguramente comprometidas en alto grado, cada vez que este órgano presente signos de inflamación antigua, si la intensidad de éstos ha bastado para transformarlo en quiste seroso, ó cuando tan sólo haya obliterado su pabellón. En cambio, concedo gran importancia operatoria á la **resección parcial del ovario**, siempre que hallándose sana la trompa, se presentare indemne una porción del ovario. Así suele ocurrir á veces en la

Resección parcial del ovario

(1) A. Martin. *Ueber partielle Ovarien- und Tubenexstirpation (Samml. klin. Vortræge*, 1889, n.º 343).

(2) A. Martin *(Ueber Tuben- und Ovarialresektion*, en *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n.º 25, p. 515 y siguientes) ha observado 6 embarazos y un aborto después de la resección del ovario; por lo contrario, sólo ha visto un embarazo seguido de aborto después de la resección de la trompa, lo cual parece demostrar cuán insegura resulta la operación de resecar la trompa con relación á embarazos ulteriores.

(3) Skutsch. *Beitrag zur operat. Therapie der Tubenerkrankungen*, 3.er Congreso de ginecólogos alem. en Friburgo, 1889 *(Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 32, p. 566).

alteración esclerótica, y en tres casos he tenido ocasión de practicar la resección indicada resultando de gran provecho para las enfermas, que, además de verse libres de sus dolores, han conservado su menstruación y su fecundidad. En circunstancias análogas han hecho también esta operación MARTIN, ZWEIFEL, GUSSEROW, WIEDOW (1), etc.

Salpingorrafia

Dos veces también he practicado la **salpingorrafia** (2), esto es, la sutura del pabellón de la trompa sana con el ovario, pero manteniéndola á alguna distancia de éste por medio de adherencias que para este fin había desprendido antes. En ambos casos, había antecedido la resección de una parte del ovario.

Resultados inmediatos de la operación

Hay que tener en cuenta, que la ablación de las trompas y de los ovarios no siempre produce efectos inmediatos, sino que á veces únicamente se notan éstos después de algunas semanas ó meses. La enferma puede continuar durante este tiempo aquejada de dolores abdominales que, á pesar de ser menos intensos que antes, la desesperan y le hacen creer que la operación ha salido frustrada (3). Dos son las causas á que deben relacionarse estos fenómenos: la irritación peritoneal al nivel de la ligadura que, por haber interesado tejidos inflamados, provoca cierta reacción periférica, y la persistencia de la inflamación en el resto de trompa, que la operación ha respetado. Por esta razón, creo que siempre se debe resecar la trompa lo más lejos posible, conservando del lado del útero sólo la longitud estrictamente necesaria para hacer una ligadura sólida. Finalmente, después de cada operación practicada en las trompas, hay que proceder á un raspado del interior del útero con inyecciones yodadas, para modificar enérgicamente la endometritis concomitante y curar por la misma ocasión la inflamación que ha ido á refugiarse en el muñón tubar. De ordinario, sólo al cabo de un mes practico este raspado.

No siempre ha sobrevenido la menopausia inmediatamente después de haberse extirpado ambas trompas y ambos ovarios (p. 9 y 10). Los casos en que todavía continúan las reglas durante un tiempo más ó menos largo parecen referirse con frecuencia á afecciones en las que una lesión uterina (endometritis) desempeñaba el papel de aguijón irritativo; de ahí, la utilidad de seguir después de la operación un tratamiento contra esta lesión. Por el contrario, la sola ablación de las trompas no determina la

(1) A. MARTIN. *Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, p. 242.
(2) S. POZZI. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, octubre 1891, t. XVII, p. 592.
(3) H. COE. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1886, t. XIX, p. 561.

cesación de las reglas, por más que pretenda L.-TAIT que estos órganos desempeñan el primer papel en la función menstrual. Sin embargo, como fácilmente se comprende, la salpingotomía sola (sin ooforotomía) motiva la esterilidad.

Gravedad

Gravedad de la operación *(oóforo-salpingotomía por lesión inflamatoria, operación de* L.-TAIT).—Para que las estadísticas encierren cierto valor y se pueda juzgar por ellas la gravedad de la operación, deberíase confeccionar observando con todo rigor la siguiente división en categorías:

1.° Oóforo-salpingitis agudas catarrales (no supuradas);
2.° Oóforo-salpingitis supuradas;
3.° Oóforo-salpingitis crónicas;
4.° Oóforo-salpingitis quísticas, serosa y hemática.

Por desgracia, pocas son las series publicadas que permiten establecer estas distinciones. Sin embargo, por los documentos conocidos, estamos en el caso de poder afirmar que la operación suele ser benigna, y que sólo se vuelve realmente grave, cuando la supuración ha traspasado los anejos é invadido el tejido celular y el peritoneo inmediatos. También constituye indudablemente una agravación para el pronóstico operatorio la sola presencia de una fístula purulenta, aun cuando la bolsa quística se presente en este caso bien limitada y sea, por lo tanto, enucleable. Entra, además, como factor de consideración, el estado general de la enferma, pues el agotamiento de ésta puede haber llegado á tal grado, que la operación practicada *in extremis* no ofrezca ninguna probabilidad de éxito. Con todo, también en estos últimos casos se han visto verdaderas resurrecciones, de todo lo cual resulta que ningún derecho tiene el operador para negar á la enferma esa única esperanza de salvación.

Me limitaré á dar cuenta de sólo algunas series, sobre todo de las publicadas en los últimos tiempos. Debo recordar una vez más, que estos documentos reunen casos que no guardan ninguna analogía entre sí, en los cuales, por ejemplo, se ha practicado la operación por lesiones inflamatorias de gravedad muy desemejante.

IMLACH (1) ha contado 3 muertes en 41 operaciones; LAWSON-TAIT (2) 10 muertes en una serie de 326 casos. En 274 laparoto-

(1) IMLACH. *Liverpool med. chir. Journ.*, citado en *Lancet*, 30 octubre 1886.—En dos enfermas, en las que había practicado la ablación unilateral, sobrevino embarazo, que llegó á término.
(2) LAWSON-TAIT. *Brit. med. Journ.*, 16 abril 1887, t. I, p. 825 y *Bull. méd.*, 7 noviembre 1889.