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.

mías por inflamaciones de las trompas, que SCHLESINGER (1) ha logrado reunir, resulta una mortalidad de 8,76 por 100. A. MARTIN (2) presenta una estadística de 72 casos con 12 muertes. WESTERMARK (3) ha reunido 498 casos, procedentes de 8 operadores, con 41 muertes (8,23 por 100).

ZWEIFEL (4) ha practicado 77 salpingo-ooforectomías con 1 muerte. BREISKY (5) ha hecho esta operación en 40 casos con 2 muertes. BOLDT (6), en 68 pio-sálpinx, ha conseguido 22 curaciones y 12 mejorías; ha tenido 6 muertes y 4 fracasos. Las enfermas restantes se perdieron de vista; por 24 salpingitis catarrales, 1 muerte, 2 fracasos, 5 mejorías y 16 curaciones; por 2 salpingitis tuberculosas, 2 mejorías; por 9 hidro- y hémato-sálpinx, 6 curaciones y 3 fracasos. MUNDÉ (7) ha verificado la ablación de los anejos en 43 casos, con 2 muertes y 4 fracasos. LUSK (8) no ha tenido más que 2 muertes en 65 casos.

Lástima que todas estas series no se refieran á lesiones de intensidad igual y determinada. En una serie de operaciones practicadas únicamente por pio-sálpinx, GUSSEROW (9) consiguió 29 curaciones en 30 casos. LANDAU (10) en 52 laparotomías por pio- é hidro-sálpinx sólo tuvo 1 muerte (obstrucción intestinal, al cabo de 8 días).

En Francia, L. CHAMPIONNIÈRE (11) ha publicado los siguientes resultados: 65 ablaciones de anejos y 10 desprendimientos de adherencias con 1 sola muerte. LE DENTU (12) únicamente ha perdido 1 enferma (peritonitis séptica) en 34 operaciones (una de las operadas no está curada todavía y otra presenta una fístula estercoral). TERRILLON ha hecho la ablación de los anejos en 140 casos, 82 veces por salpingitis parenquimatosa, 36 veces por salpingitis purulenta, 10 por hémato-sálpinx, 8 por salpingitis tuberculosa y 4 veces por hidro-sálpinx; ha tenido 9 muertes. BOUILLY ha practicado 79 lapa-

(1) SCHLESINGER. Disert. inaug., San Petersburgo, 1887 (Anal. en *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 350).
(2) A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1886, Bd. XIX, p. 310.
(3) WESTERMARK. *Nord. med. Arch.* Estocolmo, 1887, n.º 29.
(4) P. ZWEIFEL. *Arch f. Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, p. 357.
(5) Véase v. ROSTHORN. *Ibid*, Bd. XXXVII, Heft 3, p. 338 y siguientes.
(6) BOLDT. *Med. Record*, Nueva-York, 17 mayo 1890, p. 545.
(7) P. F. MUNDÉ. *Annals of Gyn. and Pædiatry*, 1890, p. 20.
(8) LUSK. *Amer Journ. of Obstetr.*, 1891, p. 1302.
(9) A. GUSSEROW. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, p. 165.
(10) LANDAU. *Diagnostische und therapeutische Erfahrungen ueber Tubensœcke*, leido en el Congreso de Berlin, agosto 1890 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 16, suplemento).
(11) J.-L. CHAMPIONNIÈRE. *Ovarite, Salpingite, Adhérences*, etc. (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, agosto 1889).
(12) LE DENTU. *Comptes rendus du Congrès franç. de Chir.*, 5.ª sesión, París, 1891, p. 175.—O. TERRILLON. *Ibid.*, p. 180 —G. BOUILLY. *Ibid.*, p. 184.

rotomías con 9 muertes desde 1887 á 1892. En 39 pío-sálpinx hubo 6 muertes; en 40 lesiones no supuradas, 3 muertes; es decir, en globo una mortalidad de 11,3 por 100 (para los pío-sálpinx 15,3 por 100, y para las demás lesiones 7,5 por 100).

P. SEGOND (1) ha practicado 18 laparotomías por lesiones de los anejos sin ninguna muerte.

A continuación doy los resultados más recientes de mi práctica, —parte de la cual ya ha sido publicada (2),—comprendiendo mis salpingotomías de febrero de 1889 á enero de 1892. Los resultados que he obtenido son los siguientes: en 135 ablaciones de anejos por toda clase de lesiones, 6 muertes. Entre éstas hice 80 laparotomías por salpingo-ovaritis parenquimatosas, hémato- é hidro-sálpinx, y ovarios esclero-quísticos con una muerte única; en este caso se trataba de un hémato-sálpinx consecutivo á un embarazo tubar y complicado de hematocele; el útero, que era muy friable, se desgarró con la ruptura de las adherencias y tuve que terminar la operación con la histerectomía abdominal. Las restantes 55 laparotomías dirigidas contra pío-sálpinx me dieron 5 muertes, ó sea el 9,1 por 100.

Algunos cirujanos—(PÉAN (3), SEGOND (4),—han propuesto recientemente sustituir la laparotomía por la **castración utero-ovárica**, practicada por la vía vaginal, en las lesiones inflamatorias bi-laterales de los anejos, y han tenido muchos imitadores. Soy de parecer que se ha ido en esto demasiado lejos; efectivamente, las ventajas de esta operación son más aparentes que reales, como voy á probar de demostrarlo en breves palabras. **Castración útero-ovárica**

¿Encierra menos gravedad la operación de la histerectomía que la ablación de los anejos por la laparotomía? No pretendo insistir sobre las dificultades operatorias diferentes de la laparotomía y de la histerectomía, porque en discusión de tal importancia, el razonamiento debe ceder á la experiencia representada por la estadística. A las numerosas series de laparotomías arriba enumeradas sólo podemos oponer la estadística de P. SEGOND, como única de importancia que se haya publicado hasta ahora. Ahora bien, en 64 histerectomías practicadas por toda clase de lesiones de los anejos,

(1) P. SEGOND. *Ibid.*, p. 213.
(2) S. POZZI. *Le traitement des Suppurations pelviennes*, etc. (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, abril 1891).
(3) PÉAN. *Compte rendu du Congrès de Berlin* y *Bull. Acad. Méd.*, 1890, p. 9 (*Bull. méd.*, 1890, p. 633).
(4) P. SEGOND. *De l'Hystérectomie vaginale dans le traitement des Suppurations pelviennes*, Paris, 1891 (*Annal. de Gyn. et d'Obstétr.*, 1891, p. 161 y siguientes).

Segond ha tenido 8 muertes (1), ó sea 12,5 por 100. Considerando que en esta serie van confundidas las ovaritis esclero-quísticas con los abscesos pélvicos, fuerza es reconocer que ninguna estadística de laparotomías practicadas por lesiones de los anejos, tomadas en globo, presenta una mortalidad tan elevada.

También se ha alegado que la histerectomía promete curaciones más perfectas y más duraderas.

Cuando menos es prematura toda afirmación en este sentido. Las enfermas operadas por el método de Péan, adoptado por Segond, cuentan todavía muy poco tiempo después de la operación, para que sea lícito pronunciarse acerca de las mismas. Está reservado al porvenir dictar fallo sobre esta materia y determinar si la histerectomía puede competir en este caso con la laparotomía, cuyos resultados definitivos ya desde larga fecha no se pueden enumerar.

Lo que sí puede decirse es, que los resultados serían indudablemente más perfectos, si la extirpación del útero pudiera completarse en todos los casos con la ablación de los anejos. Pero el descortezamiento de estos últimos resulta á veces imposible á través de la vagina, que se halla obstruída por el gran número de pinzas que la operación requiere; y si á pesar de esto se prueba de llevar á cabo dicha ablación, se corre gran riesgo de producir desgarros intestinales y hemorragias. Por esta razón los histerectomistas aconsejan limitarse á una «ablación incompleta, á abrir únicamente las colecciones purulentas accesibles á la vista y al dedo (2).»

Y en este caso, ¿qué es de esos residuos inflamatorios abandonados á la dehiscencia ó á la reabsorción espontáneas? ¿No es de esperar que en lo sucesivo llegue á despertarse el *microbismo latente* en estos restos de pío-sálpinx, del mismo modo que lo vemos renacer á la vuelta de meses y años en antiguos secuestros invaginados? Si se puede alegar contra los laparotomistas, que también ellos dejan subsistir el útero más ó menos afecto de endometritis, en cambio tienen en el raspado un medio para combatir fácilmente los derrames ó los dolores que puedan producirse en dicho órgano después de la ablación de los anejos.

Por último, háse hecho valer que la histerectomía evita todos los inconvenientes de una cicatriz supra-púbica. Aunque tal vez esta consideración no deja de reunir cierto valor por lo que hace á las propias enfermas, tampoco puede hoy día inclinar mucho la

(1) P. Segond. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, noviembre 1891, t. XVII, p. 644.
(2) P. Segond. *Loc. cit.*, p. 184.

balanza á favor de los histerectomistas. Así, limitándose á una pequeña incisión (5 á 7 centímetros), con la cual suele haber bastante en los más de los casos, y teniendo cuidado de reunir los bordes por el procedimiento de sutura por planos que antes he descrito, la cicatriz de la laparotomía no presenta ninguna deformidad, y al cabo de unos cuantos meses las enfermas pueden prescindir de la cintura, sin temor alguno de eventración (1).

Queda todavía un último argumento sobre el cual debo insistir particularmente, es á saber: el valor diagnóstico de la laparotomía. La histerectomía es una operación que supone la infalibilidad del diagnóstico, ya que una vez comenzada, debe seguirse y no permite de ordinario que la detengamos en mitad de su marcha; ahora bien, son muy raros los casos en que durante el primer tiempo de la operación será posible practicar una exploración suficiente de los órganos pélvicos á través del ojal vaginal, producido por la incisión del fondo de saco posterior: por el contrario, la laparotomía permite rectificar los errores de diagnóstico y resolver las dudas; esta operación es siempre exploratriz durante su primer tiempo, y, gracias á esta condición, repetidas veces ha sido posible respetar órganos, por haberse visto que las lesiones eran en realidad mucho menos avanzadas de lo que al principio se había supuesto.

Por todas las razones que acabo de exponer, debo rechazar la histerectomía en todas las lesiones enucleables de los anejos (salpingitis catarrales acompañadas ó no de degeneración esclero-quística del ovario, salpingitis parenquimatosas, hémato-sálpinx, pío-sálpinx); para todas esas lesiones considero la laparotomía como operación de elección.

Cuando trataré de los abscesos pélvicos, para los cuales admito la histerectomía vaginal en casos excepcionales, tendré ocasión de exponer el manual operatorio de esta operación.

(1) S. Pozzi. *Comptes rendus du Congrès franç. de Chir.*, 5.ª sesión, París, 1891, p. 210.