

III

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS.

Leyendo los libros y los folletos últimos de Ginecología, tiene que aceptar el lector, como conclusión, que el corolario obligado de las ooforo-salpingitis, parece ser hoy la ooforo-salpingectomía.

Todos los autores discuten los procedimientos operatorios, comparan sus estadísticas quirúrgicas y debaten la utilidad de tal ó cual instrumento nuevo, ó de tal ó cual incisión inicial; pero casi ninguno—ó por lo menos como extraordinaria excepción, alguno—se atreve á buscar el correctivo de este vértigo quirúrgico.

El grupo de las ooforo-salpingitis se enriquece diariamente con variedades nuevas y con formas no conocidas aún; pero su terapéutica no se sublima ante ningún elemento curativo nuevo, y su base permanece aún quirúrgica.

Desgraciadamente, mutilar no es curar.

Es tanto más importante la supresión de los métodos sangrientos en el tratamiento de las ooforo-salpingitis, cuanto que en estos casos se acumulan á los peligros de toda intervención quirúrgica intra-abdominal, los accidentes graves llamados de *menopausa artificial*; tan bien conocidos desde los trabajos de BROWN-SEQUARD sobre las glándulas de secreción interna, y tan poco modificables, á pesar de los entusiastas escritos de JAYLE y de sus discípulos.

Desgraciadamente no puedo en este trabajo dedicarme á sostener las ventajas de los métodos conservadores; pues que la índole de mis observaciones es esencialmente mutiladora. Pero precisamente analizando estos casos operables es como se sintetizan los no operables; conociendo las indicaciones verdaderamente quirúrgicas es como se pueden hacer brotar las indicaciones médicas; y profundizando el cortejo de la mutilación es como se la toma horror y se procura evitarla.

Un enorme volumen necesitaría escribir para extender los conocimientos actuales sobre las ooforo-salpingitis¹ y os cansaría refiriendoos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.

¹ Este volumen constituirá un tomo especial de mi «Clínica.» Ahí fundaré, describiré y sostendré el nuevo proceso que designo por *ooforo-metro-salpingitis*.

Por eso me limitaré muchísimo, procurando tocar sólo un pequeño grupo de las ooforo-salpingitis.

Me referiré al grupo de las *ooforo-metro-salpingitis purulentas*, que encierra algunas novedades y que guarda profundo interés para el porvenir.

Con toda intención me abstengo de tratar las ooforo-salpingitis catarrales, las intersticiales, las muco-purulentas, las tuberculosas, las sífilíticas, las coli-bacilares y las secundarias de una infección general, etc., etc.

Y aun de este grupo ooforo-metro-salpingeo, sólo estudiaré ciertas indicaciones operatorias de la histerectomía; indicaciones sacadas tanto de la práctica de los ginecólogos europeos, como de la de los mexicanos y americanos que no son pocos ni menos autorizados.

Antes de abordar la parte verdaderamente quirúrgica, procuraré hacer un rápido examen á ciertos puntos de la patogenesia, del proceso que he creído conveniente designar por *ooforo-metro-salpingitis*.

Mi objeto no será cansaros con una descripción larga, minuciosa y aburrida, en éste examen; pero me atrevo á esperar que sea útil mi insistencia sobre ciertos puntos de patogenesia, á fin de que mis ideas sobre el tratamiento, al desarrollarse, cuenten con una amplia y completa base.

Desde luego, deseo que convergamos todos en este punto:

Las ooforo-salpingitis son lesiones de origen francamente microbiano.

Las discusiones sobre este punto, parecen próximas á terminar por un acuerdo absoluto, no obstante las pequeñas controversias que motivaron con sus escritos LAWSON-TAIT, DALCHÉ y PROCHOWNICH.

Desde 1894 han sido clásicos los análisis de los Sres. HARTMANN y MORAX, relativos á las bacterias que producen más frecuentemente las ooforo-salpingitis, y la clasificación de ellos había sido comunmente aceptada, hasta las recientes investigaciones de YORDANOFF, que variaron un poco la enumeración en el orden de su frecuencia.

He aquí, según YORDANOFF, la serie de los microbios más constantes en las ooforo-salpingitis, enunciados según su orden de importancia: los *streptococcus* de OSTON, llamados también *mi-*

croccus piógenes de ROSENBACH; los *micrococcus gonorrhæe* ó *gonococcus* de HALLEIR y de NEISSER; la serie de los *estafilococcus* de ROSENBACH, de PASET y de GUTTMANN; los *bacterium coli* de VIGNAL; los *pneumococcus* de FRÆNKEL, etc., etc.

WITTE ha encontrado en el pus de las ooforo-salpingitis el bacilus del edema maligno.

MENGE habla de ciertas formas de ooforo-salpingitis caracterizadas por la existencia de los bacillus de KOCH, y finalmente

LEHMAN dice haber encontrado en este pus, el esquizomiceto de la actinomicosis.

Durante la evolución de ciertas fiebres infecciosas, tales como el sarampión, la viruela, la escarlatina, etc., se pueden observar ciertas formas de ooforo-salpingitis con colonias microbianas específicas. Por lo menos, esto aseguran SCANZONI, BERAUD, GOSSELIN, JOLLIARD, ZEBEDINSKI, SLAWJANSKI y algunos otros autores que se han ocupado en estudiar este punto.

Los gérmenes salpingeos rara vez se encuentran al estado de cultivos puros, sino que se mezclan, se combinan y reúnen su actividad desorganizadora y sus propiedades tóxicas. No es extraño ver el estreptococcus unido al gonococcus, ó éste con el pneumococcus, ó los estafilococcus con el estreptococcus; ó todos reunirse y acumularse.

La esterilidad del pus ooforo-salpingeo es enteramente excepcional, casi ningún autor de Ginecología cree en ella; por el contrario, este pus goza de la fama más terrible en cuanto á sus propiedades virulentas.

WITTE, dice haber encontrado cinco veces el pus estéril, en treinta y nueve investigaciones sobre las ooforo-salpingitis.

Esta pequeña invasión al terreno de la Bacteriología, nos ha permitido recordar las variedades más frecuentes de los gérmenes que se imputan causantes de las ooforo-salpingitis.

Es decir, que conocemos los elementos primordiales de la teoría microbiana de este proceso séptico y que aceptando la acción de ellos, admitiendo el origen zimótico de las inflamaciones y en particular de las inflamaciones purulentas—punto discutible; pero cuya discusión no es del caso—llegaremos á acordar que efectivamente las ooforo-salpingitis no son más que el resultado constante de la infección parasitaria de los anexos. Tendremos que aceptar esta teoría, entre tanto la Clínica futura nos ofrezca otra más satisfactoria.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

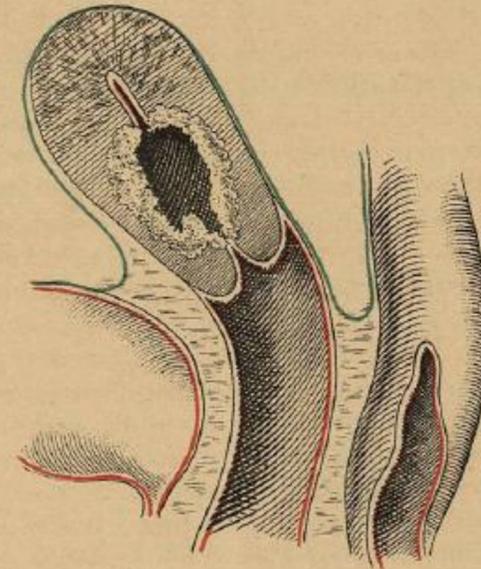


Fig. 29.—Carcinoma uterino. Forma cavitaria.

Pasemos, pues, á este otro punto de vital importancia:

La infección ooforo-salpingea, en el mayor número de los casos, no es sino la resultante de un estado séptico del útero, anterior á la lesión anexial.

En circunstancias hasta ahora incompletamente estudiadas en su esencia, la infección puede llegar á los anexos por vías diversas de la uterina y se habla de las ooforo-salpingitis por infección general, por lesión peritoneal previa, por accidentes intestinales ó apendiculares, por herida traumática externa, etc.

Estas variedades no tienen para nosotros actualmente ningún interés.

La existencia de las bacterias en el útero y muy particularmente en el endometrium, es el punto inicial de la infección tubo-ovárica.

El endometrio normal no contiene microbios, según los análisis publicados durante el presente año, por JEAN HALLÉ. Es preciso, pues, admitir un estado previo de infección uterina. La lesión inicial es la *metritis*.

La propagación de la inflamación del útero á los anexos, se verifica de una manera compleja, siguiendo dos vías principales.

Desde luego, la continuidad anatómica de la mucosa uterina con la mucosa tubaria, al través del *ostium uterinum*, permite comprender que los microbios tengan comunicación franca y fácil, desde la cavidad del útero hasta la cavidad salpingea.

El movimiento ciliar del epitelium uterino, no ofrece sino una barrera poco resistente á la marcha ascendente de los microbios, y el epitelium salpingeo, tampoco puede resistir mucho al avance, de los gérmenes contra la dirección de sus filamentos vibrátiles. Véanse á este respecto los trabajos de WYDER, de DURHSEN ó de SCHMIT.

Los microbios no solamente avanzan sobre los anexos, por la superficie del epitelium del endometrium, sino que penetrando en la intimidad del tejido de la mucosa, recorren esta en todas direcciones al través de su retículo intra-celular, merced á sus facultades de amiboidismo.

LUCAS CHAPIONNIÉRE, el conocido Cirujano francés, ha llamado la atención sobre la importancia del aparato linfático útero-anexial, en el proceso de la infección ooforo-salpingea. No quiero detenerme en la descripción anatómica del riquísimo plexus

linfático útero-anexial, tan bien conocido por todos los Cirujanos. Básteme recordar que el útero es un órgano abundantemente dotado de capilares linfáticos, que su mucosa, su parenquima muscular, su peri y para-metrium, están materialmente cribados por los trayectos de los vasos de la circulación blanca, y que esta circulación está de tal manera ligada con la de los anexos uterinos, que clínicamente podrían considerarse estas dos circulaciones, como constituyendo un propio y único departamento linfático.

Los ligamentos anchos; los pliegues útero-salpingeo, utero-ovárico y ovario-tubario; los tejidos todos que constituyen lo que designamos comunmente *el para-metrium*, están recorridos en todas direcciones por vasos linfáticos que se mezclan, se cruzan, se anastomosan y constituyen un intrincado plexus de abundante circulación linfática.

La penetración de los gérmenes de la inflamación, en un punto cualquiera de esta red blanca, equivale al dominio de toda la zona útero-tubo-ovárica, con sus tejidos celulares adyacentes.

Este punto es casi siempre el endometrium. Es este el más al alcance de los traumatismos, el más expuesto á las infecciones exteriores, vaginales ó directas, y el que sufre el primer golpe de los accidentes que más frecuentemente alcanzan el aparato genital interno de la mujer.

Hemos visto, pues, que la infección ooforo-salpingea puede hacerse por dos vías:

- I. *Directamente por continuidad con la mucosa uterina.*
- II. *Indirectamente por comunicación completa con el aparato linfático del útero.*

Estos dos puntos estudiados nos permiten aceptar esta conclusión:

La infección anexial reconoce con muchísima frecuencia la existencia de una infección uterina previa.

Pasemos á otro punto de estudio, no menos interesante para mis conclusiones:

Quienquiera que conozca las poderosas aptitudes vitales de los microbios, y muy particularmente de algunas variedades tales como los *estreptococcus*, los *gonococcus* y algunos *bacillus*, comprenderá, desde luego, que la penetración de ellos en el interior de los capilares linfáticos, no es un fenómeno meramente mecánico sujeto en un todo á la hidrostática, sino que poniéndose en

inusitada actividad las propiedades protoplásmicas, tanto de los gérmenes invasores como de los elementos endoteliales invadidos, los fenómenos consecutivos adquieren la confusión, la intensidad y la variabilidad de todas las manifestaciones de la vitalidad celular.

De aquí, los depósitos kariokinéticos de METCHNICOFF, las acumulaciones infiltradas de gérmenes neógenos, y el desarrollo de grandes cantidades de productos solubles, residuos últimos de la desintegración orgánica, en el drama obscuro que se llama *la infección*.

Estos fenómenos nacen en el punto primeramente invadido, se extienden luego por las cercanías de él, y á medida que el proceso adquiere vigor y resistencia, van avanzando por las vías fáciles de comunicación, van extendiendo su poderosa acción, y terminan con un tejido, con un órgano ó con un ser.

Los vasos linfáticos y las cavidades virtuales del tejido conectivo, son estas vías más fáciles de comunicación.

En la infección útero-anexial, que me ocupa, los fenómenos celulares se inician en el epitelium del endometrium, se extienden á la intimidad de la mucosa, recorren con los capilares blancos y aun con algunos rojos, el parenquima propio del útero, llegan al peri-metrium, á los anexos, á los ligamentos anchos, y alcanzan la totalidad del para-metrium, para detenerse en los órganos linfoides de la pelvis ó invadir la economía entera.

Es esta infección progresiva la que va constituyendo la *endometritis*, primero; la *metritis intersticial* ó *parenquimatosa*, después; luego la *ooforo-metro-salpingitis*, y por último las *parametritis* ó *flegmones pélvicos* y las *septicemias generales*, tales como la *puerperal* y la del *flegmón difuso de la pelvis*.

Las ooforo-salpingitis no son, en rigor, más que un epifenómeno de la infección uterina y están íntimamente é inseparablemente unidas con el proceso del útero mismo.

Ruego al lector, recuerde que hemos hecho abstracción del grupo de las ooforo-salpingitis, de origen no uterino, y que sólo á las de este origen me refero al decir el nombre de ooforo-salpingitis.

Estas ooforo-salpingitis ligadas en su esencia y en su evolución con el útero mismo, forman un tipo nosológico individual, distinto de las otras lesiones anexiales y poseedor de una sintomatología, de un pronóstico y de un tratamiento especiales.

Los autores de Ginecología *lo entrevén, pero lo descuidan; lo sospechan, pero no lo describen*.¹

¹ Véanse todos los autores clásicos de Ginecología y las Revistas mensuales europeas.

Este proceso que he procurado únicamente delinear, constituye una enfermedad ginecológica, definible por *ooforo-metro-salpingitis*.

No es mi ánimo sostener la nueva creación nosocomial que he procurado describir; ha sido mi intención revelar su existencia, demostrándola en esta graduación:

- I. *Las ooforo-salpingitis son de origen microbiano.*
- II. *La infección tubo-ovárica, está íntimamente ligada con la infección uterina previa y*
- III. *La infección del útero al extenderse hasta los anexos, constituye un proceso único é individual.*

Este proceso es la OOFORO-METRO-SALPINGITIS.

En estos casos de ooforo-metro-salpingitis, junto con la infección uterina y anexial, el peritoneo de revestimiento en estos órganos y el tejido conjuntivo sub-peritoneal, sufren la influencia de los gérmenes de la inflamación y se ven desarrollarse focos pequeños de verdaderas peritonitis que terminan, lo más á menudo, por adherencias peritoneales, más ó menos organizadas. Son en la cara posterior del útero, sobre el fondo de Douglas y en los pliegues ovárico y tubario, de los ligamentos anchos, donde se observan estas peritonitis adhesivas con más frecuencia.

Esta invasión del peritoneo pélvico y de su tejido sub-peritoneal, por los gérmenes piógenos de las ooforo-metro-salpingitis, puede ser de gran importancia para el ginecólogo.

La abertura operatoria de los departamentos linfáticos periuterinos y para-metríticos; la desgarradura quirúrgica, en una extensión amplia, del tejido celular sub-peritoneal infiltrado de gérmenes, puede, en ciertas variedades de ooforo-metro-salpingitis, ocasionar desórdenes de infecciones peritoneales inesperadas.

A este respecto, voy á citaros una observación de esta naturaleza, que ofrece notable interés:

La Señora Concepción C. de N. . . . , de 38 á 40 años de edad, casada, leucorréica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo cons-

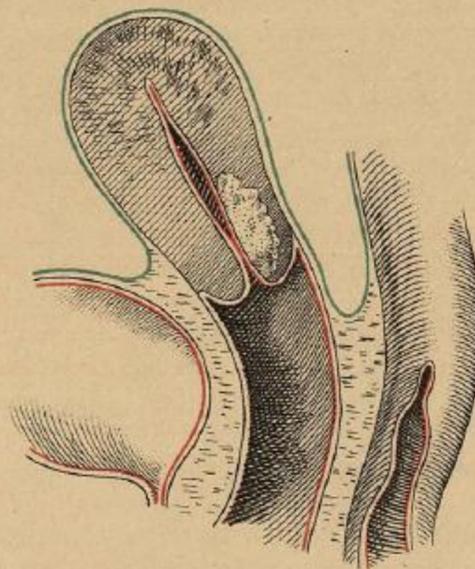


Fig. 30. Carcinoma uterino. Forma modular.

tantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que aunque intermitente, le escoró la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . ha concluido por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística* y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas, infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. JOAQUÍN VÉRTIZ, NUMA TORREA, RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, ORTIZ, VARGAS, MONTENEGRO y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso resecar el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la operación y augurando una rápida y venturosa curación á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, li-

geros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos, y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales, arrancaban constantes lamentos á la enferma, y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura 37°

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estriquina, cafeína, esparteína y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle, lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6 $\frac{6}{100}$, en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad y pasé por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos,

el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ y mis amigos los Dres. ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO y RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobre-aguda*, y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas, y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar diré, que ocho días después le retiré los tubos, y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. VÉRTIZ y CHACÓN, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

Esta historia, tan suscitamente referida, nos demuestra, con evidencia, la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica, en los casos de ooforo-metro salpingitis purulentas.

No tengo la menor duda hacia la correcta asepsia de mi operación anterior, y en cuanto á mi técnica operatoria, la tengo ya bien experimentada y confío enteramente en ella; así, sin vacilar, hago responsables á los gérmenes infiltrados en el parametrium y en el para-ovarium, de esta septicemia peritoneal, tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

Hemos visto, aunque ligeramente, algo de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis purulentas. Estos datos nos permitirán formarnos criterio terapéutico en todas ellas; pero limitaré mi estudio solamente á las dos formas más importantes:

A las *ooforo-metro-salpingitis purulentas puerperales* y á las *ooforo-metro-salpingitis purulentas quísticas*.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS PUERPERALES AGUDAS. ⁽¹⁾

En este proceso séptico se destacan brillantemente los escritos recientes de SCHTUSCH, de GOLDSBOROUGH, de HANGS y de VINEBERG; y las operaciones tan notables de MICHAUX, de ROOSEM-

1 Las indicaciones de la histerectomía en estos casos son muy poco conocidas aún por ciertos autores, debido á la novedad del proceso y al giro peculiar que la Cirugía moderna ha sufrido.

BURG, de LANDAU y de BOUILLY, le dan un giro acentuado de actualidad.

La raspa de la matriz había sido el tratamiento más vulgarizado para combatir la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, y por consecuencia, la intoxicación puerperal de la economía entera; es decir, *la fiebre puerperal*.

Algunos autores, como FIEUX y CHALEIX, aconsejan hasta la raspa repetida dos ó tres veces, y esta opinión no está muy lejos de ser también la de PINARD, para los casos de septicemia uterina puerperal grave.

Yo creo que en la endometritis puerperal, la indicación primera, constante y urgente, es la desinfección enérgica de la cavidad uterina, por medio de raspas repetidas, si es preciso, y de abundantes lavados antisépticos de la misma cavidad.

Pero con frecuencia sucede que esta desinfección es aleatoria, que la temperatura abatida por algunas horas vuelve de nuevo á subir con violencia, que los signos de infección se reproducen con intensidad, y que la enferma parece no haber obtenido beneficio alguno con la serie de curaciones que ha sufrido.

¿Qué ha sucedido entonces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Distingamos.

Si en nuestra imaginación volvemos rápidamente á recorrer los detalles de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis, recordaremos que dos son los principales períodos de su evolución:

El primero francamente uterino.

El segundo de generalización linfática y de propagación directa al para-metrium y á los anexos.

Durante el período inicial, durante la faz de endometritis, la raspa uterina es el recurso omnipotente para destruir la infección y suspender la intoxicación. El filo de la cucharilla arranca y extirpa toda la capa superficial del endometrio, y en esta capa, arrastrada por los lavados antisépticos, se van los microbios, los elementos destruidos y los productos de la destrucción elemental.

Si el proceso ha profundizado un poco su acción sobre las paredes uterinas, podrá una única raspa no ser suficiente para destruirlo completamente; y la necesidad de levantar un espesor mayor de tejidos, á fin de extirpar toda la zona infectada, podrá

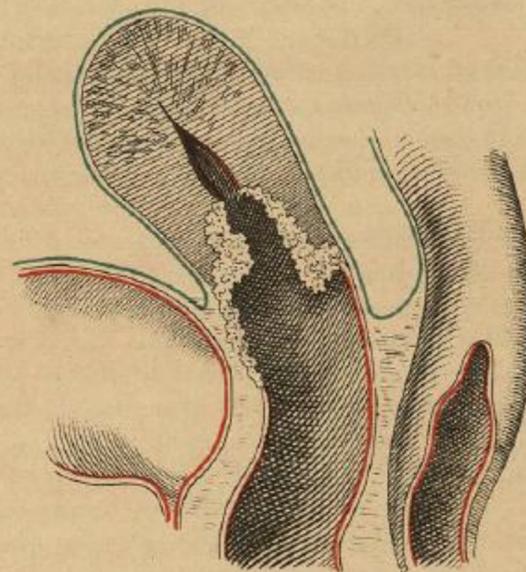


Fig. 31.—Adeno-carcinoma del útero, invadiendo la vagina.

requerir el aumento en el número de las raspas intra-uterinas con la cucharilla, y necesitarse hacerla dos ó tres veces, como lo indican FIEUX y CHALEIX.

Pero si el proceso ha invadido ya los linfáticos, si el estreptococcus ha ganado los anexos y el parametrium; si el parenquima propio del útero está infiltrado de gérmenes que lo recorren, emigrando en todas direcciones, y lo saturan de productos tóxicos; si las lesiones clásicas de la ooforo-metro-salpingitis se han desarrollado en todo su vigor, la raspa uterina no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre este proceso séptico, pues su acción queda únicamente limitada á la superficie interna del útero, sola región accesible al filo de la cucharilla.

Mas como quiera que la *endometritis puerperal* no nos interesa sino como origen ó faz transitoria de la ooforo-metro-salpingitis puerperal, dejaremos sin tratar, las indicaciones y la orientación de su tratamiento y pasemos á la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal, ya constituida.

Es decir, ocupémonos de ese estado particular del útero, en el cual se halla saturado de gérmenes y toxinas en todo su espesor; en el que su circulación linfática está apretada de estreptococcus; en el que los anexos y el parametrium son nidos infinitos de estreptococcus y de otros gérmenes, y en el que, en resumen, todo el aparato genital interno está transformado en un inmenso campo microbiano, en un almacén de toxinas, en una masa porosa, por cuyos intersticios corren venenos, á semejanza de un inmenso chanero infectante puerperal.

Por supuesto que este depósito de los gérmenes y de sus producciones, no pasa desapercibido para la economía entera, y que la circulación roja, en particular la venosa, coopera activamente con la blanca, para difundir por todo el organismo los venenos elaborados en el útero, para transportar, constituyendo metástasis coloniales, los gérmenes que se agitan en la región genital, y para transformar la ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, en *septicemia puerperal*, de un modo análogo á la transformación de la endometritis puerperal en ooforo-metro-salpingitis.

Le septicemia puerperal tiene tres períodos en su evolución clínica:

- I. Período de endometritis.
- II. Período de ooforo-metro-salpingitis.
- III. Período de generalización.

Se comprende, pues, la importancia tan grande del tratamiento

del período de ooforo-metro-salpingitis, cuando se ha tenido la poca fortuna de no asistir ó de no haber podido curar, al de endometritis.

La ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda no tiene tratamiento, ni actualmente se puede curar. La indicación es separar del resto del organismo la región contaminada.

La misión del Cirujano es aquí evitar la generalización del proceso. Su papel es semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica, cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso.

La indicación principal que tendrá que llenar, pues, en la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, es la ablación genital interna.

¿Pero es esto posible? ¿Habría ventajas en suprimir el útero con sus anexos, en un proceso que dura localizado algunas horas y cuyas tendencias son eminentemente difusibles? ¿Aun en el período de difusión, habría utilidad práctica con esta mutilación?

La posibilidad de la ooforo-metro-salpinguectomía en la infección puerperal está fuera de discusión: allí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la láparo-histerectomía que lo indican, y allí están, también, las operaciones de ROOSEMBERG, de MICHAUX, de BOUILLY y de LANDAU, y el trabajo de LONGUET, que lo comprueban.

Las ventajas de suprimir con el útero y los anexos, el almácigo tóxico puerperal, es evidente: si se tiene la suerte de operar antes del período de difusión, lo que es enteramente excepcional, se habrá salvado á la enferma de los riesgos de la generalización puerperal; pero si la operación se emprende cuando ya la circulación general arrastra productos tóxicos, como es de regla, la enferma también obtendría ventajas.

La infección puerperal de la economía, rara vez se hace en un solo tiempo; por lo común las toxinas penetran á la circulación de la sangre, por golpes de desagüe del útero, que se van repitiendo á medida que la saturación del órgano llega á su máximo y provoca el derrame de los productos que lo embeben. Estos desagües periódicos pueden ser más ó menos frecuentes, según la virulencia de los microbios y la resistencia de los tejidos útero-anexiales, y pueden llevar más ó menos rápidamente la economía al grado mortal de intoxicación, según la velocidad de su depuración al través de los emontorios naturales.

Pero si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea, la extraemos de la cavidad de la pelvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aun cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.

Ahora bien, en estas circunstancias, el organismo no tiene que luchar mas que con una cantidad limitada de veneno; la sangre no recibe nuevos tósigos; los órganos eliminadores sacan de ella, paulatinamente, estas substancias venenosas que no se renuevan y lentamente va disminuyendo esta intoxicación, ya bien determinada.

Estas condiciones, en una mujer cuyos órganos eliminadores y depuradores están íntegros, cuyos riñones funcionan normalmente y cuyo corazón no sufre degeneración alguna, equivalen casi á una curación.

Se comprende que la ooforo-metro-salpinguectomía, sería inútil, si no perjudicial, cuando la septicemia es intensa, cuando la vitalidad de la mujer está seriamente comprometida, y cuando el origen de la infección no esté ya localizado al útero y á sus anexos, sino que existan metastasis específicas en otros órganos.

Ciertamente que la ablación genital completa no es una operación sencilla; pero la gravedad de las ooforo-metro-salpingitis agudas puerperales, merece que se discuta la oportunidad de tan importante operación.

Las enfermas en las cuales está indicada esta ooforo-metro-salpinguectomía, se hallan, por lo regular, agotadas por el rudo enemigo que se alberga en su pelvis, y destruída parcialmente su resistencia vital, por el enorme choque de las reacciones físico-químicas que en el interior de sus tejidos se verifican. ¿En semejantes condiciones, tan malas, podrían soportar las costas de una histerectomía total?

La histerectomía, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona, se ha vuelto una operación poco traumatizante.

La vaginal, que tanto parecía ofrecer, ha sufrido grandes reproches, pues que si bien es cierto que expone poco el peritoneo á las contaminaciones, en cambio ofrece muchas dificultades para la retroversión y abatimiento del útero, en este caso, en que las lesiones puerperales han modificado ya la consistencia del parenquima uterino.

Pero la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida,

con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.

¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpingectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal?

Al porvenir toca resolver esta cuestión. Hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados, verificados en plena septicemia puerperal, y han dado siete curaciones.

Estas cifras son halagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total, que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, la *bête noir* de las mujeres parturientes.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS QUISTICAS.

Pio-salpinx.

Voy á referir rápidamente diez historias clínicas, que corresponden á algunas observaciones sobre las cuales basaré mis conclusiones:

OBSERVACIÓN I.

Señora Carlota X. . . . , de México, de 35 años de edad, casada, nulípara, con antecedentes genitales blenorragícos, que datan de ocho ó diez años.

De la clientela del Dr. JESUS VALDEZ SÁNCHEZ.

Pio-salpinx, bilaterales muy adherentes.

Operada en Agosto de 1898 por la vía abdominal, de ooforo-salpingectomía bilateral.

Resultados dudosos: los dolores continúan, el útero ha quedado grande, en retroversión y ligeramente secretante.

OBSERVACIÓN II.

Señora María de N. . . . , 40 años, casada, nulípara, antecedentes no francos de blenorragia.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

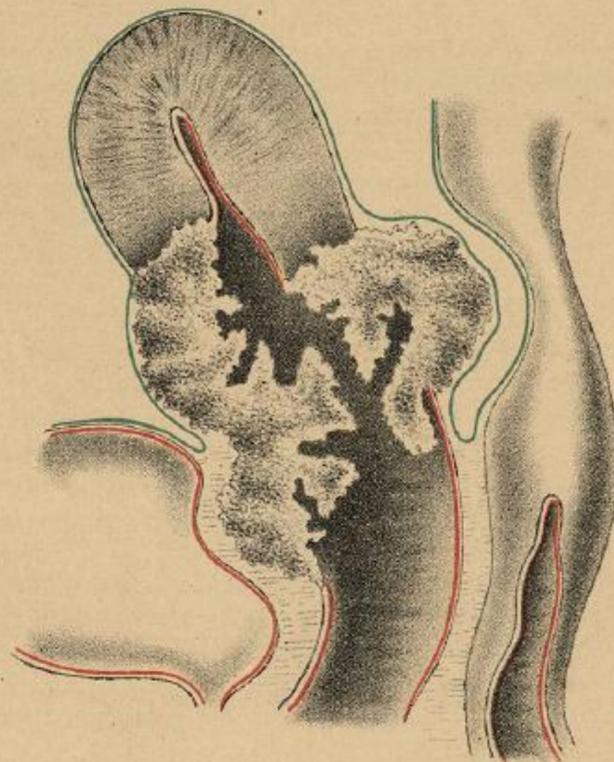


Fig. 32.—Adeno-carcinoma vegetante, útero-vaginal, comprimiendo notablemente el recto y haciendo relieve en la vejiga.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

Ooforo-metro-salpingitis, quística bilateralmente.
Operada en Agosto de 1898 en unión de los Dres. TORREA, MADRIGAL y ALVAREZ, de ooforo-salpinguectomía bilateral.
Resultados malos: la enferma continúa aún en cama, inválida por sus dolores. Se resiste á sufrir una nueva operación.

OBSERVACIÓN III.

Señora Luisa de M. de O. . . . , natural de Toluca, de 32 años, nulípara, sin antecedentes tangibles de blenorragia.
Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística. Enferma del Dr. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.
Operada en Agosto de 1898, de ooforo-metro-salpinguectomía abdominal, por mi procedimiento.
Curación radical sostenida.

OBSERVACIÓN IV.

Señora Manuela N. . . . , soltera, 38 años, sin antecedentes genitales.
Pio-salpinx izquierdo.
Operada en Marzo de 1898 de ooforo-salpinguectomía izquierda.
Resultado malo: los dolores continúan, la leucorrea no cede.
En Septiembre, á pesar de un constante tratamiento, se hace menester volver á operarla de histerectomía. Esta vez los resultados fueron ciertos, y la curación completa se ha sostenido.

OBSERVACIÓN V.

Señora A. Rodríguez, 40 años, múltipara, casada, antecedentes leucorreicos desde un aborto, hace cinco años.
Pio-salpinx izquierdo.
Operada de histerectomía abdominal total en Septiembre de 1898.
Curación rápida y completa.

OBSERVACIÓN VI.

“La Señorita M. G. V., soltera, de 26 años, con antecedentes tuberculosos y neuropáticos, sufre desde hace cinco años un padecimiento abdominal, cuya intensidad ha sido tal, durante los últimos dos años, que ha obligado á esta pobre niña á pasarlos en cama, sin movimiento y sin consuelo.

“Principió por un dolor acentuado en el hipogastrio, que no tardó en extenderse á las regiones iliacas y de aquí á todo el vientre. La constipación era intensa y rebelde, interrumpida de vez en cuando por episodios diarréicos de extremada abundancia.

“Los dolores abdominales se exacerbaban muchísimo al aproximarse estas crisis intestinales, el pulso se elevaba, el vientre se meteorizaba, la temperatura subía á 38° ó 38°5, y todo volvía á apaciguarse cuando la temporada diarréica se iniciaba. La Srta. M. . . asegura muy formalmente haber arrojado, en dos ó tres ocasiones, grandes cantidades de pus, durante sus evacuaciones paroxísticas; pero el Sr. Dr. H., su médico de cabecera, asegura lo contrario.

“Sus digestiones son muy difíciles y todas las tardes sufre accidentes dispépticos marcados.

“Algunas veces suele suceder que sus dolencias se apaciguan, su vientre se afloja y suaviza, su constipación cede y el estado general se mejora; pero estas euforias son enteramente transitorias, y bien pronto redoblan sus padecimientos, adquiriendo algunas veces caracteres de verdadera gravedad.

“El día que por primera vez la estudié llevaba ya un mes de crisis y dos años de no levantarse de su cama. Encontré una señorita bien constituida, de aspecto sufriente, notablemente instruida y de rara inteligencia. Con verdadero derroche de ingenio y de atención, me contó lo que á grandes rasgos llevo dicho ya.

“Nada extraordinario ofrece en ninguno de sus órganos extraños al abdomen. Todo su padecimiento está ahí.

“El vientre estaba muy elevado y timpánico en toda su extensión. El hígado, el bazo, los riñones, el estómago, parecían sanos.

“Aun cuando el dolor se marcaba en todo el vientre, con algo de cuidado podía observarse que era mayor en la zona hipogástrica, y que sobre las regiones ováricas tenía sus focos más intensos.

“El útero podía percibirse ligeramente y los anexos se notaban crecidos: esta exploración era extraordinariamente dolorosa.

“La fosa iliaca izquierda estaba ligeramente obscura á la percusión, y en ella se marcaba una zona sub-mate de forma alargada y de gran diámetro vertical. Dos purgantes suaves no hicieron desaparecer esta zona de sub-maciez.

“Los períodos menstruales eran irregulares en cantidad y fecha: había algo de dismenorrea.

“Desde luego mi atención se dirigió á la pelvis, y mi diagnóstico fluctuaba entre una *ooforo-metro-salpingitis* con *parametritis* y *peritonitis crónica*, un *absceso pélvico fistuloso* y una *peritonitis tuberculosa*.

“Deseché la idea de un *absceso pélvico fistuloso*, por la falta de mi constancia personal del pus, en las evacuaciones, por la falta de la hecticidad ó de la septicemia crónica, por la ausencia de grandes fiebres en el anamnéstico y por la carencia de etiología clara para demostrar dicho absceso.

“Rechacé la *peritonitis tuberculosa*, por la ausencia de ganglios mesentéricos inflamados, por la falta de derrame intraperitoneal, por la gran duración del proceso y por el perfecto estado de todos sus órganos abdominales superiores y torácicos.

“Acepté de plano la idea de una *ooforo-metro-salpingitis*, con *inflamación crónica del parametrium* y *del peritoneo pélvico*.

“El médico de cabecera aceptó mi modo de juzgar, y propuse la laparotomía con toda formalidad.

“El día 15 de Agosto de 1898 la realicé, y he aquí la descripción de ella:¹

“La incisión abdominal tuvo, desde luego, el detalle curioso de no haber encontrado verdadera *línea blanca*, sino la modalidad anatómica de las aponeurosis abdominales anteriores, que describo en mi trabajo “*Sutura abdominal después de la laparotomía*.”

“El peritoneo parietal estaba notablemente vascularizado y su corte sangró bastante. El peritoneo visceral, muy particularmente el del intestino delgado y el de la ámpula cólica, ofrecía placas de despulimiento y marcada aspereza, como del diámetro de un peso, y algunas mayores aún. El útero estaba muy congestionado, grueso y con bridas organizadas que lo retenían en retro-flexión.

“Los anexos: el izquierdo, poliquístico el ovario y dilatada y enormemente congestionada la trompa; el derecho, la trompa hidro-quística y un pequeño hemato-quiste en el ovario.

¹ La operación la hice en Zamora, Estado de Michoacán, á donde había ido con el Dr. TORREA á practicar una ovariectomía.

“Todo el peritoneo pélvico estaba rojizo y sembrado de pequeñas adherencias filamentosas, bien organizadas.

“Procuré limpiar la serosa pélvica de esas adherencias; resequé la trompa y el ovario izquierdos, la trompa derecha y la mitad del ovario derecho.

“Al dejar en la pelvis un fragmento de ovario—que suponía sano—me impulsó la idea de procurar evitar, en lo posible, los accidentes de menopausa artificial.

“El útero, libre de sus conexiones inflamatorias, quedó en su posición normal.

“El resto de la operación no ofreció nada de interés.

“La Señorita M. . . . despertó del cloroformo sin muchos dolores, con pocas náuseas y casi tranquila.

“La tarde de ese día fué relativamente buena.

“A las ocho de la noche: calofríos repetidos, malestar acentuado, vómitos mucosos, ligero meteorismo. Temperatura 37.9. Pulso 90. No ha orinado y hay que recurrir al cateterismo de la vejiga. A las doce de la noche: Los calofríos han cesado, la agitación es mucho mayor, dolores abdominales muy agudos, respiración anhelante, meteorismo acentuado, facies peritoneal, vómitos porráceos. Temperatura 37° 4. Pulso 120.

“Agosto 16 de 1898.—A las tres de la mañana: la situación casi perdida. Pulso á 150. Hipo, regurgitaciones porráceas, delirio tranquilo, meteorismo enorme, parálisis intestinal y vesical completas, piel seca y áspera, cara agónica y respiración difícil.

“Inyecciones hipodérmicas de estriénina, cafeína y aceite alcanforado. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

“A las ocho de la mañana: la misma situación. La Señorita G. V. se dispone á morir, recibiendo la extremaunción.

“A las diez de la mañana: la gravedad es espantosa; la muerte parece inminente. Haciendo un esfuerzo irresistible de energía y valor quirúrgicos y á pesar, casi, de la familia y personas allí presentes, el Dr. TORREA cloroforma á la paciente, y yo le abro ampliamente la cavidad peritoneal al través del fondo de Douglas. Escurre gran cantidad de líquido sero-sanguinolento. Pongo dos tubos en la cavidad pélvica y hago un lavado muy abundante de la serosa, con solución cloruro sódica al 6 $\frac{p}{100}$, bien caliente. Inyección intra-venosa de 1,500 gramos de suero artificial.

1 Hay ciertas circunstancias extraordinariamente graves, en el ejercicio de la profesión, que requieren á la vez que una resistencia y fortaleza de espíritu excepcionales, un valor civil á toda prueba. Sólo un cirujano aguerrido podrá distinguir lo que en estos momentos es abnegación, sacrificio, sublimidad de genio quirúrgico ó temeridad hija de la ignorancia y de ciega osadía.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

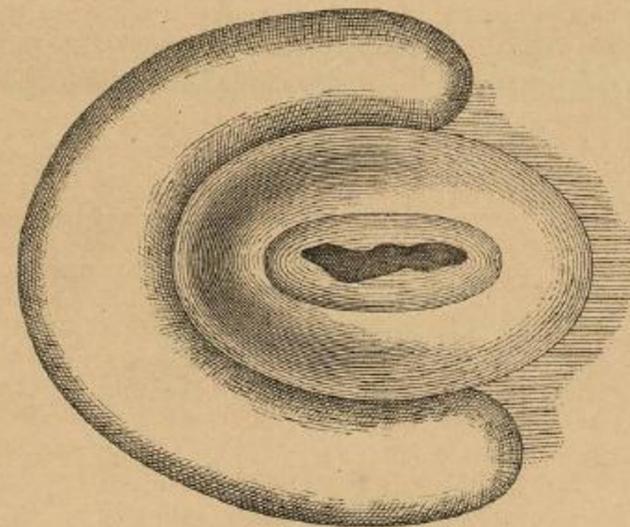


Fig. 33.—Flegmón del ligamento ancho derecho. Rodete vaginal.

"A las cinco de la tarde: nuevo lavado del peritoneo pélvico. Inyecciones de cafeína y estricnina. Hielo sobre el vientre. Purgante de calomel y Jalapa.

"Día 17 de Agosto.—A las siete la mañana: micción espontánea y abundante. Una evacuación líquida y gases intestinales. Pulso 100. Temperatura 38°.

Días siguientes.—La situación va mejorando rápidamente, el peligro desaparece, y el 28 de Agosto puedo dejar á la enferma y regresar á México.

"La Señorita M. G. V. ha mejorado visiblemente; pero sufre aún y sufre mucho. El útero ha quedado muy doloroso y secretante. La peritonitis parece muy modificada. Si hubiera amputado el útero junto con los anexos, esta pobre niña estaría enteramente curada; pero. . . ¡repugna tanto mutilar gravemente en cierta edad de las enfermas!¹

OBSERVACIÓN VII.

Señora S. A., casada, 36 años, antecedentes puerperales.

Oofo-ro-metro-salpingitis purulenta quística, operada en Mayo de 1898 por histerectomía abdominal total.

Curación completa y permanente.

OBSERVACIÓN VIII.

Señora Concepción G. . . . , casada, nulípara, antecedentes blenorragícos.

Pfo-salpinx izquierdo.

Operada en Septiembre de 1898, por resección unilateral del ovario y de la trompa.

Resultado no muy satisfactorio: los dolores, aunque ligeros, continúan, y hay algo de leucorrea.

¹ Cuando escribía yo esta historia, en Noviembre de 1898, esta señorita aún no abandonaba el lecho, presa de sus constantes dolores. Actualmente, Marzo de 1899, se halla casi curada: los dolores abdominales han disminuído mucho, el estado general es muy satisfactorio, y esta niña se puede ocupar libremente de sus trabajos domésticos y de sus distracciones sociales, asistiendo alegremente á fiestas, paseos, etc.

OBSERVACIÓN IX.

Señora N. . . . , viuda de M. . . . , de 45 años, ha tenido varios hijos y el último tiene 20 años de edad.

Pío-salpinx bilaterales.

Operada en Septiembre de 1898 por histerectomía abdominal total.

Resultados completos: curación sostenida.

OBSERVACIÓN X.⁽¹⁾

Señora A. . . . N. . . . , casada, dos hijas, 45 años de edad.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

Operada en Septiembre de 1898, de histerectomía abdominal total.

Curación completa y sostenida.

Análogas á estas observaciones, podría citar cerca de cincuenta casos más; pero por no alargar la serie fastidiosa de las historias, me bastarán estas diez.

Estas diez observaciones dan un total de cinco operaciones parciales y de cinco totales: en las primeras los resultados fueron incompletos; en las segundas fueron completos.

Hasta hace muy pocos años la operación clásica contra las ooforo-salpingitis purulentas quísticas, era la ooforo-salpinguectomía, es decir, la resección del ovario y de la trompa enfermos. El principio fundamental de esta operación estaba basado en la doctrina de las infecciones anexiales unilaterales, sin metritis concomitante.

Sin embargo del favor creciente de esta operación, hacia el año de 1894 publicó PINESSE una estadística poco halagadora, de ella; y MARTIN, en sus escritos de por aquella época, la declara de resultados inconstantes y malos. POUCHET, escritor moderno, y LABADIE-LAGRAVE, autor de actualidad, tampoco se muestran partidarios de la ooforo-salpinguectomía, en el proceso que hemos conocido ya por ooforo-metro-salpingitis.

PEAN y SEGOND iniciaron en Francia la histerectomía vaginal

¹ El Dr. CHACÓN me ha reprochado el estilo casi telegráfico de estas observaciones: mi principal estudio es el resultado de la intervención, más que el conocimiento de los casos, que por otra parte no tienen notable interés.

contra las lesiones inflamatorias de los anexos, y POLK preconizó en los Estados Unidos el método de histerectomía abdominal; siendo seguido inmediatamente por BALDY, KRUG, PRYOR, SLOCUM y otros.

Antes de analizar la utilidad ó desventaja de la histerectomía en el proceso ooforo-metro-salpingeo purulento quístico, recordemos que *el pío-salpinx no es más que una forma de la infección total útero-anexial*.

La colección del pus en la cavidad de la trompa, no indica sino que los orificios tubarios, uterino y peritoneal, están obstruidos.

Hay que recordar también, que cuando tratamos de la intimidad de los fenómenos de infección útero-anexial, pudimos comprender la importancia de la circulación linfática peri y para-uterina, llegando á esta conclusión: *las ooforo-salpingitis reconocen un origen, casi siempre, de infección uterina previa*.

Vimos que había dos modos de propagación de los microbios del útero á los anexos, por continuidad de las mucosas y por continuidad de su circulación linfática.

Llegamos casi á esta conclusión: *en el mayor número de los casos, aun cuando las lesiones aparentemente están limitadas á los anexos, corresponden á un proceso general, en el cual están comprendidos también el útero, y algunas veces los tejidos del parametrium*.

Poseo en mi Museo Anatómico-Patológico particular, una trompa cuyas lesiones aclaran esta enseñanza, hasta la evidencia. Esta trompa ha sido muy estudiada por todos los que la han visto, y en particular por maestros de tan claro juicio como lo son los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ.

Es una trompa enormemente dilatada, que se halla dividida en dos segmentos sensiblemente iguales, por un grueso tabique carnoso que tiene en su medianía. Las aberturas correspondientes al ostium uterinum y al pabellón, están íntimamente cerradas, de modo que la cavidad de la trompa se halla constituida por dos cavidades segmentarias, completamente independientes entre sí y enteramente aisladas de las cavidades uterina y peritoneal.

La primera cavidad, la que corresponde al segmento uterino, estaba llena de un líquido amarillento, transparente y espeso. La otra, la que corresponde al segmento del pabellón, estaba llena de pus fétido y muy líquido.

Se comprende claramente que los gérmenes que llegaron á supurar el contenido de este segmento lejano de la trompa, no pu-

podieron venir mas que por los vasos linfáticos peri-uterinos y peri-salpingeos, lo que hace sospechar que todos los linfáticos del cuerpo uterino y los del para-metrium, estaban á su vez contaminados. Le hice á esta enferma la ooforo-metro-salpinguectomía, y curó sin accidentes.

Todos los días se ve en las Clínicas ginecológicas, que anexos al parecer sanos, son focos tardíos de accidentes inflamatorios graves, en ciertos casos de operaciones ooforo-salpingeas unilaterales, dando á sospechar, ó bien que la persistencia del útero enfermo los ha contaminado, ó bien que desde la primera intervención estaban ya infectados.

La observación IV de la serie que hemos visto, es un ejemplo de este género.

El pio-salpinx es un foco purulento colectado; pero no es la enfermedad. La enfermedad es la ooforo-metro-salpingitis purulenta, y si se limita el Cirujano á reseca el foco colectado del pus, es decir el pio-salpinx, no habrá curado la ooforo-metro-salpingitis, como no curará la tuberculosis pulmonar generalizada reseca una caverna; ni curará la hepatitis supurada múltiple abriendo y canalizando el principal absceso de los innumerables que infiltran el hígado.

Si en la ooforo-metro-salpingitis purulenta quística, un Cirujano se limita á reseca el pio-quiste, habrá beneficiado á su enferma porque la priva del depósito de toxinas que la envenenan; pero su obra curativa habrá sido incompleta, pues le deja la infiltración microbiana en la circulación linfática del para-metrium, en el parenquima uterino y en los anexos del otro lado.¹ Una operación análoga se me figuraría la abertura de un adeno-flegmón del cuello, de origen dentario, sin procurar extraer el molar cariado que infectó el cuello y que seguirá infectándolo; ó la operación de un bubón inguinal, sin procurar suprimir el chancro que lo provocó.

En ciertos casos de ooforo-metro-salpingitis purulenta, con pio-salpinx bilaterales, las lesiones son tan claras, que aparentemente el útero se encuentra como formando parte de las paredes de los pio-quistes. En un caso, así tan evidente, nadie vaci-

¹ Enteramente irracional é ilógica considero la opinión de ciertos cirujanos que proponen en las ooforo-metro-salpingitis, operar primero los anexos, y pasados dos ó tres meses reabrir el vientre para sacar el útero. Es exponer dos veces la enferma á peligros serios, sin necesidad, y es, también, demostrar un desconocimiento completo de las ideas quirúrgicas actuales y del comportamiento de los ginecólogos modernos.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

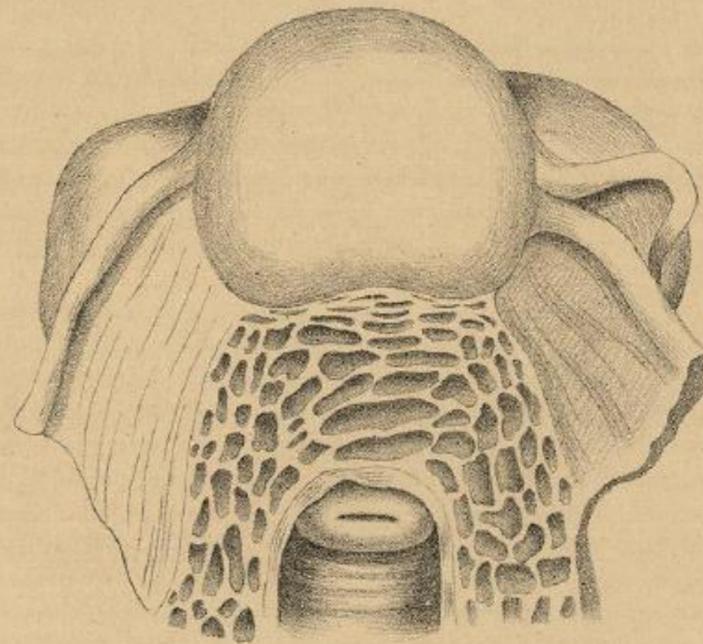


Fig. 34.—Edema inflamatorio peri-uterino, según Pozzi. Peri-metro-salpingitis.

laría en declarar operación incompleta la que se hiciera, dejando el útero en la pelvis.

Pues de este modo son casi todos los casos de pio-salpinx, por ooforo-metro-salpingitis purulentas, aunque varien aparentemente: *no por aparentar el útero hallarse lejano del foco principal purulento, deja de formar parte del proceso purulento infiltrado, periférico al absceso.*

Demasiado expresiva es mi pequeña estadística. En todos los casos de fracaso operatorio ha quedado el útero en la pelvis. En todos los casos de curación completa, el útero ha sido sacrificado.

Ese útero que queda en la pelvis, grueso, más ó menos desviado, rojizo, secretante, lleno de linfáticos contaminados y cribado por los gérmenes de la infección, no solamente es inútil, sino también nocivo.

Si el proceso séptico fuese únicamente ooforo-salpingeo, como en ciertos casos de pio-salpinx de origen apendicular, la ooforo-salpinguectomía unilateral estaría bien indicada, y sería una operación justa y radical; pero siendo la infección un proceso difuso, siendo el pio-salpinx una consecuencia de la ooforo-metro-salpingitis purulenta, la resección parcial de los anexos es aquí una operación incompleta y deficiente.

Ciertamente que no es cosa sencilla resolverse á hysterectomizar mujeres, las más de las veces jóvenes, por lesiones difíciles de interpretar, aun cuando el ginecólogo se halle ante el vientre abierto de la enferma, y que la necesidad de someter la resolución de los casos concretos á ciertas reglas generales se impone.

De aquí que procure reunir mis ideas sobre el particular, reasumiendo las anteriores consideraciones de la siguiente manera:

Es de capital importancia plantear el diagnóstico exacto del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, difuso ó quístico.¹

Una vez planteado este diagnóstico, *se hará siempre, y casi sin excepción*, la hysterectomía total, cuando los pio-salpinx sean dobles, ó cuando haya pio-salpinx unilateral y otras lesiones en los anexos opuestos que los hayan destruido por completo.

Se podrá hacer la hysterectomía total, en los casos de pio-salpinx unilateral, cuando se compruebe bien la existencia del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, y las mujeres enfermas necesiten de su trabajo corporal para vivir.

¹ Si es cierto que este diagnóstico puede ser algunas veces difícil, no es menos cierto que la sagacidad é instrucción del clínico, hacen la dificultad poco aparente.