

## 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-salpingitis<sup>1</sup> y os cansaría refiriendoos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.

<sup>1</sup> 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 mucopurulentas, las tuberculosas, las sifilíticas, 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 este 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 conveengamos 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 *estreptococcus* 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 bacillus 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, JOLLARD, 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.)

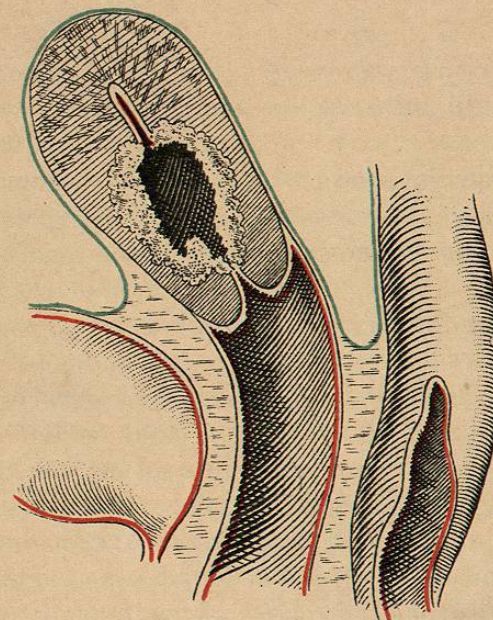


Fig. 29.—Carcinoma uterino. Forma cavitaria.

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 refiero 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*.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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 a 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 perituterinos 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-

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

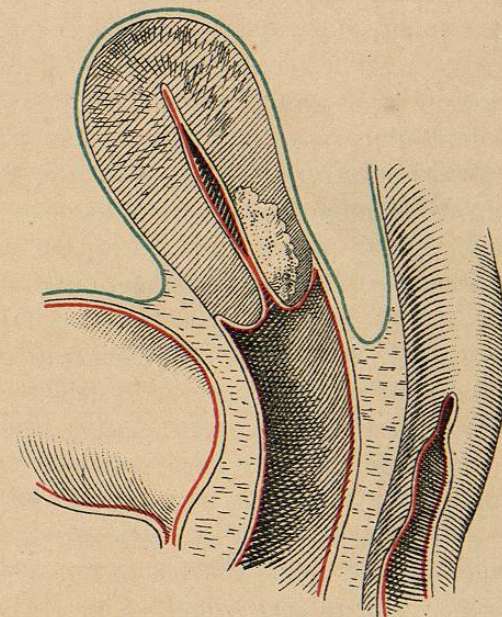


Fig. 30. Carcinoma uterino. Forma modular.