

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.<sup>1</sup> 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-

<sup>1</sup> 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.)

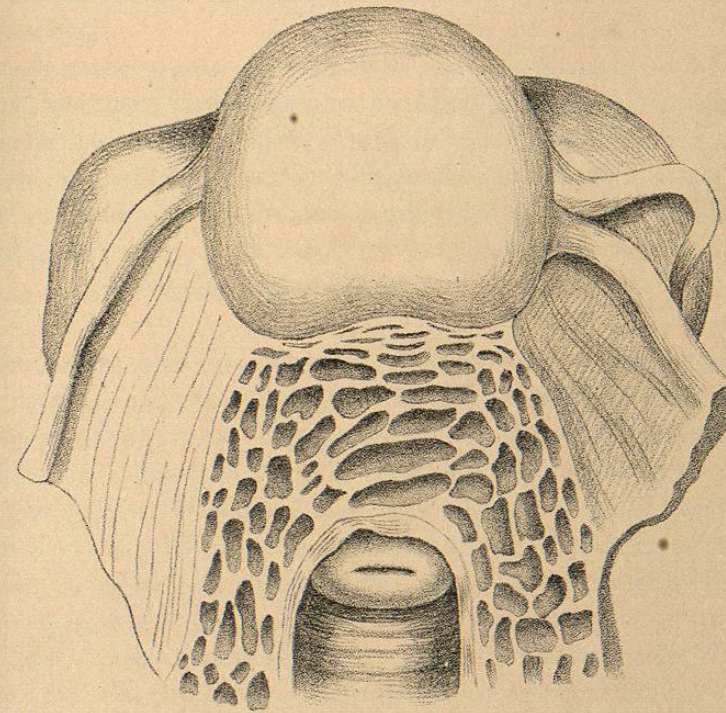


Fig. 34.—Edema inflamatorio peri-uterino, según Pozzi. Peri-metro-salpingitis.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

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.<sup>1</sup>

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.

<sup>1</sup> 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.

Aun cuando yo creo que *todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas*, quísticas ó no, deben tratarse por la histerectomía total, podrán hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permita pasar muchos meses en la cama, sometidas á un constante tratamiento.<sup>1</sup> En este último caso, el Cirujano será muy reservado hacia el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

## IV

## FLEGMONES DE LA PELVIS.

La infiltración séptica aguda del tejido celular de la pelvis, constituye el *flegmón* de esta región.

Reconoce como origen la emigración de los gérmenes piógenos de las endometritis, ó de las salpingo-ovaritis iniciales.

Con toda intención prescindo de ocuparme aquí de las inflamaciones agudas que suelen desarrollarse en los neoplasmas, quistes y hematoceles pélvicos, pues este estudio corresponde más directamente al de estos procesos morbosos.

La infección del tejido celular de la pelvis presenta cuatro tipos clínicos bien acentuados, que son:

- I. Edema inflamatorio seroso.
- II. Flegmón circunscrito.
- III. Absceso pélvico.
- IV. Flegmón difuso de la pelvis.

El estudio aislado de cada una de estas variedades, nos permitirá apreciar debidamente la marcha del proceso séptico en el tejido conectivo de la pelvis.

I. EDEMA INFLAMATORIO SEROSO.—Está constituido por la infiltración de serosidad sanguínea en el tejido conjuntivo sub-peritoneal y para-metrítico. (Figura 28.)

Reconoce como causa principal la ectasis linfática consecutiva

<sup>1</sup> No vaya á interpretarse que hago distinciones que se separan del orden meramente médico, entre las mujeres ricas y las mujeres pobres. Unas no necesitan de su trabajo personal para vivir, y otras sí: estas últimas, *las que no comen si no trabajan*, son las que necesitan tratamientos más radicales y menos susceptibles de fracaso y de recidivas.

á la inflamación de los vasos blancos de la región. Esta inflamación alcanza con frecuencia los ganglios linfáticos, sacros é hipogástricos, y aun suele llegar hasta los inguinales, por el canal de *Nuck*.

No obstante la frecuencia del edema inflamatorio seroso en las inflamaciones útero-anexiales, pasa á menudo desapercibido y es en las autopsias ó en las operaciones sobre los órganos infectados, que se le descubre.

Este edema puede alcanzar grandes proporciones, manifestándose entonces como un tumor duro, voluminoso y renitente, susceptible de causar confusión al clínico que lo explora. Su evolución no es cíclica ni constante: ya aumentado, ya disminuido, ofrece una serie no interrumpida de alternativas en su volumen.

Si es pasajera su existencia, se reabsorbe y no deja huellas; pero si se hace crónico, puede causar una esclerosis para-metrítica, de larga duración.

II. FLEGMÓN CIRCUNSCRITO.—Si el edema seroso inflamatorio no se reabsorbe, sino que se coagula y se deja invadir por los gérmenes de la supuración, el flegmón de la pelvis se declara.

El sitio más frecuente de estos flegmones, es la capa celular que contienen los ligamentos anchos; de aquí la frecuencia con que se le denomina *flegmón del ligamento ancho*. Del tejido celular de estos ligamentos, la infiltración flogógena puede extenderse á todo el tejido celular de la pelvis, al de la región peri-renal, al de la diafragmática, al de la abdominal y al de todas aquellas que recorren los vasos y nervios que emergen de la pelvis.

A pesar de esta infiltración séptica, el flegmón puede terminar por resolución é induración; pero lo más frecuente es que el pus se forme y se colecte, formando absceso, ó se infiltre sin reunirse.

III. ABSCESO PÉLVICO.—Las colecciones purulentas pueden manifestarse en todas las regiones de la pelvis. Son más frecuentes en los ligamentos anchos, pero pueden mostrarse en las regiones iliacas y en las uterinas.

Preciso es no confundir los *pio-salpinx* y los *hematoceles supurados intra-peritoneales*, con estos abscesos pélvicos cuya patogenia es diversa y que ofrecen siempre la característica de hallarse fuera de la cavidad peritoneal.

Los abscesos pélvicos se abren con frecuencia espontáneamente en alguno de los órganos huecos de sus cercanías, y constituyen fístulas incurables, sin operaciones peligrosas.