

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



SALPINGITIS
OPORTUNIDAD OPERATORIA Y
FACTOR SOCIAL DEL
TRATAMIENTO

TESIS

QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

GUILLERMO CASIS SACRE

MEXICO
1936



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi querido padre

Sr. José Casis

a quien deseo hacer llegar éste mi último esfuerzo, por su apoyo y ayuda constantes que me llevaron hasta el final de la meta, con todo mi cariño y respeto de hijo.

A mi idolatrada madre

**Sra. Virginia Sacre
de Casis**

que con su fé inquebrantable y su continuo desvelo, supo hacerme llegar al logro de sus más caros anhelos y de los míos, con mi infinita adoración y acendrado cariño.

A mis queridos

Hermanos y Hermanas

que por creer en mí, me mantuvieron siempre firme en la lucha, con mi sentimiento de fraternal amor

Al señor Dr.

Arturo de los Ríos

*que con su valiosísima ayuda y sus
inestimables consejos hizo posible
la realización de este trabajo,
agradecida y respetuosamente.*

Al Sr. Dr.

Galo Soberón y Parra

*prototipo del médico bondadoso,
noble y consciente,
con mi sincera estimación y
profundo agradecimiento.*

A los Sres. Dres.

Gustavo Gómez Azcárate

y

Fernando Siliceo E.

*queridos maestros de cuya acri-
solada experiencia recibí sabias*

enseñanzas,

muy respetuosamente.

Honorables Médicos del Jurado:

largo ha sido el camino y muy dura la faena; sé que el fruto de la cosecha la recogeré con el tiempo. Pero ahora vengo a vosotros para deciros, que si al juzgar este trabajo le hayáis un mérito, aún cuando insignificante, lo aprobéis y si creéis que carece de él, entonces ved que fué hecho con mucho entusiasmo y mejor buena voluntad y pensando eso, juzguéis, bastándome sólo un signo de asentimiento dictado por vuestra docta experiencia, para al que faltó de ella, pueda continuar de pie en la lucha y logre realizar en la vida que comienza, lo más gloriosamente que le sea posible, la noble diosa de: *Allis Vivere.*

El Sustentante.

INTRODUCCION

Producto de una preocupación mía constante y tenaz, nacida durante los últimos años de la carrera profesional y robustecida durante mi práctica de Internado en el Hospital Juárez, es la realización de este trabajo que presento como tesis recepcional, en el que toco uno de los tantos problemas terapéuticos de la Ginecología, pero no considerándolo aisladamente, sino con las muy íntimas relaciones que cada día la Medicina adquiere frente a los problemas sociales y económicos.

Observando la actual tendencia operatoria que se desenvuelve hoy día y sobre todo en lo que a padecimientos ginecológicos se refiere, por los adelantos tan patentes obtenidos en el terreno de la Cirugía, que prácticamente elimina los enemigos que antes tenía el cirujano: anestesia, hemorragia, infección y choque, cabía preguntar si en tales padecimientos sólo existía la justificación única de la intervención quirúrgica, sin que la terapéutica médica lograra la curación en algunos de ellos y en el caso de su indicación neta y precisa, en qué momento debía ser llevada a cabo y qué repercusión podría tener en la vida social futura de las enfermas.

Porque si solamente fueran tributarias del tratamiento operatorio, el médico general, el que ejerce en provincias y a quien le hacen falta los recursos que la ciencia moderna pone a disposición de los especialistas, muy a pesar de que le sobrarian conocimientos y entusiasmo, ¿qué haría en tales casos? Y si a ese médico le faltaran las cualidades que tiene un cirujano por no estar dotado de la suficiente habilidad, ¿intervendría por todos conceptos en esas condiciones siempre muy peligrosas o se cruzaría de brazos sin que pudiera hacer nada? Y es para esos médicos, rurales o faltos de habilidades de cirujanos, para los que yo pretendo hacer algo útil, porque yo mismo siento esa necesidad. Afortunadamente, todos los padecimientos ginecológicos no son tributarios del tratamiento cruento y bosquejar el momento de mejor oportunidad operatoria en tales o cuales mujeres afectas de determinado padecimiento genital que indiscutiblemente caen bajo el dominio del bisturí, para permitirles a esos médicos preparar a sus pacientes convenientemente y enviarlas en mejores condiciones a centros en donde la intervención qui-

rúrgica pueda ser llevada a cabo con éxitos indiscutibles, es lo que me propongo en esta tesis, circunscribiendo el problema a las inflamaciones de las trompas de Falopio.

Contestar las preguntas formuladas arriba, es asunto que, parcial o totalmente, está resuelto por la misma preocupación o por otras semejantes, que han sentido ciertos, si no es que todos, los tratadistas clásicos. Ellos han puesto tiempo ha, el dedo sobre la llaga y por eso mi trabajo no viene a significar nada y menos aún si agregamos que su desarrollo es deficiente y plagado de errores u omisiones. Pero si insisto en lo que otros han insistido, es, sobre todo, alentado por los conceptos que el Dr. Rosendo Amor vertió en la Primera Asamblea de Cirujanos efectuada en la Ciudad de México en noviembre de 1934, y que mejor que palabras mías insuficientes, son la justificación plena de esta tesis. Dice el Dr. Amor al referirse a los padecimientos crónicos del anexo "es el grupo más importante ante la terapéutica quirúrgica, pero su amparo y su fuerza sólo deben cuidar de aquellos casos en que se hayan agotado materialmente todos los recursos terapéuticos médicos e higiénicos conocidos y que a base de reposo general y sexual se han sucedido paciente y ordenadamente. Cualquiera precipitación resultaría fatal, contribuyendo a acrecentar los casos incurables y a mermar desgraciadamente las verdaderas curaciones; por lo tanto debe buscarse sobre cualquier sacrificio, cuidadosamente el momento de mejor oportunidad operatoria, pues el furor o el avorazamiento operatorios, convierten a nuestras pacientes, mejor que en un objetivo humanitario de atención y cuidado médico, en carne de experimentaciones."

Ahora bien, el problema terapéutico de las salpingitis en nuestro caso particular, de las afecciones pelvianas en general, está íntimamente ligado con el problema social, aspecto tan interesante que algunos médicos niegan, despojándolo de toda su importancia, con razonamientos a nuestro parecer falsos. Y nosotros pensamos que si tal sucede, es porque el ejercicio de la profesión médica no se concibe lejos de la enferma; oficiando frente a ella es donde está el lugar del verdadero médico y es de allí de donde obtendrá las conclusiones que más tarde servirán para ilustrar y normar la conducta de los que siguen; nunca se obtendrán verdaderas enseñanzas cuando los que las transmiten las conciben frente a su mesa de trabajo y no precisamente de laboratorio, en el silencio del gabinete, porque las ideas clínicas estando fuera de la realidad serán necesariamente falsas.

El Dr. B. J. Gastelum en su libro "Lecciones de Ginecología" dice al referirse al tratamiento de las afecciones pelvianas "de este asunto que es exclusivamente de orden médico, se ha querido hacer un problema social. Se dice "en las afecciones pélvicas no sólo hay que tener en cuenta la naturaleza del padecimiento, sino y muy principalmente, la posición social de la enferma." Tal afirmación no la

hace entonces el vulgo profesional porque pasaría inadvertida, sino que la hace algo de lo más selecto y de lo más distinguido de nuestra clase. Así hemos dado ocasión muy fundada para hacer creer a los que principian, que hay una medicina para ricos y otra para pobres, llevando a un terreno vedado en el que sólo debería reinar la ciencia y principalmente la moral, las prácticas de la más mezquina burocracia. Razón de más tienen los laborantes cuando no sólo piden que se humanicen los ricos, sino aun los hombres de ciencia. Hay que advertir que a pesar de que el principio de que hablamos se encuentra sustentado por hombres de ciencia distinguidos, la Medicina es única, una sola y el tratamiento de las infecciones pelvianas deberá ser el mismo para la que en muelle lecho reposa sus dolores como para la que sin poderse cubrir de las inclemencias del tiempo, los exhibe en humilde tugurio."

Huelga todo comentario a estas palabras; pero nosotros en el capítulo del tratamiento veremos en dónde se encuentra la falsedad de estos conceptos.

Este problema es, pues, a nuestro entender y en el de lo más selecto y más distinguido de nuestra clase, un problema eminentemente social.

¿Y acaso la función de reproducción en aquellas mujeres cuyos anhelos de maternidad sean muy grandes, no es un problema social que se halla muy ligado con nuestra terapéutica, y que cuando sea ésta quirúrgica, no debemos olvidar que según el estado de la paciente y la naturaleza de sus lesiones lo requiera, procuremos salvar esa función que es patrimonio de ellas? Indiscutiblemente que sí lo es.

Agregaré por último lo siguiente: en toda tesis se pide disculpa y benevolencia por la falta de originalidad de las mismas. Yo no lo hago, no por irrespetuoso o rebelde, sino porque considero que esa petición sobra cuando las razones habidas para ello son obvias, porque ¿es qué acaso se le puede exigir originalidad a un trabajo desarrollado por un candidato a médico al que le falta la experiencia dada por la vida profesional y el que sólo ha vivido siempre atento a los estudios preliminares y fundamentales de la carrera médica? Exigir de él un trabajo original es como querer empezar por donde se termina; es tanto como pretender que un recién nacido camine solo o lo haga antes de nacer. Exíjase eso a los que han vivido dedicando sus vidas enteras a experimentaciones de laboratorio exclusivamente o a aquellos que por haber visto mucho pueden contribuir con poco. El adelanto de la Medicina no se ha debido a médicos neófitos, sino a aquellos médicos ya experimentados por los años de ejercicio profesional y que a su vez han recogido las enseñanzas de otros médicos, también hechos sabios por la vida y cuando los primeros eran jóvenes.

Los casos clínicos que al final de este trabajo pongo, se refieren unos de ellos, a enfermas que muy gentilmente me fueron pro-

porcionadas por el Dr. A. Jasso, del Servicio de Ginecología del Consultorio Público Núm. 3 de la Beneficencia Pública y al que desde estas líneas expreso mis más sinceros agradecimientos.

Para el desarrollo de la presente tesis, he dividido la exposición de la misma, en los siguientes capítulos:

I.—ETIOPATOGENIA.

II.—ANATOMIA PATOLOGICA.

III.—SINTOMATOLOGIA.

IV.—EVOLUCION CLINICA.

V.—DIAGNOSTICO.

VI.—PRONOSTICO.

VII.—TRATAMIENTO.

VIII.—CASOS CLINICOS.

IX.—CONCLUSIONES.

CAPITULO I

ETIOPATOGENIA

La salpingitis es la afección genital provocada por la penetración y desarrollo en las trompas uterinas, de los diversos microorganismos de la supuración.

Es evidente, entonces, que los agentes piógenos ordinarios, transportados al nivel de la trompa, determinen reacciones morbosas y lesiones inflamatorias, en las cuales lo que predomina es la variedad tan extraordinaria de la naturaleza de las mismas; agentes diversos que han sido puestos de relieve por los estudios bacteriológicos que los han localizado en el pus o en los tejidos de las trompas inflamadas y que en orden de frecuencia e importancia son: el gonococo, el estreptococo, el colibacilo, el estafilococo, el neumococo, el bacilo de Koch, la espiroqueta pálida de Schaudinn, el bacilo de Eberth, etc.

Por lo tanto, la realidad irrefutable, que ya nadie es capaz de poner en duda, es aquella que afirma y que domina toda la etiología de las salpingitis, es decir, que todas ellas son de origen infeccioso, porque el hallazgo de la esterilidad del pus salpingiano, en el momento de una intervención quirúrgica, no prueba que éste no sea de origen microbiano, ya que en su favor se aduce y con toda veracidad, la misma razón que para otras muchas colecciones purulentas asépticas, y es que se trata de focos antiguos en los cuales los microbios han desaparecido, muertos posiblemente por las propias toxinas elaboradas por ellos mismos.

Los puntos que se refieren a la naturaleza de los gérmenes patógenos y a la vía seguida por ellos para llegar hasta los anexos, y que originaron todavía no hace mucho tiempo, discusiones, ya en la actualidad están completamente dilucidados y resueltos.

La inflamación de las trompas uterinas, padecimiento muy frecuente y cuyo porcentaje es difícil de determinar porque muchas de ellas pasan desapercibidas y sin dejar huellas de su paso por la benignidad que revistieron, es exclusiva de todo el período de actividad genital de la mujer; su máxima frecuencia estará pues, comprendida, sobre todo en la mujer mexicana, entre los 15 y los 40

años; es excepcional que se presente en mujeres ancianas o en aquellas que han llegado al período menopáusico y es también rarísimo observarlas en las niñas y en las jóvenes vírgenes (las que se han llegado a citar, responden claramente a una etiología en que también el factor infeccioso se halla presente).

Generalmente la salpingitis es secundaria a otros padecimientos, ya sean éstos genitales, que son los que más contingente dan, o padecimientos generales; casi nunca es primitiva.

La frecuencia etiológica es variable y mucho depende del conjunto de condiciones en que se encuentre la mujer y de las influencias del ambiente. Y es por eso que las salpingitis gonocócicas se encuentran en una proporción del 80 al 90% en las mujeres que habitan en las grandes ciudades y en las poblaciones de segundo orden y en cambio, en las poblaciones rurales se hallan en un igual número los procesos gonocócicos que los puerperales.

Las causas que determinan la infección anexial están representadas por todas aquellas que permiten a los agentes productores de ellas, penetrar hasta los mismos, siguiendo uno u otro camino.

Según esos caminos de penetración de los gérmenes a los anexos, cabe clasificarlos en tres grupos: 1o. camino ascendente, es decir, del útero y de la vagina; 2o. camino descendente, es decir, siguiendo la vía sanguínea que produce metástasis en esos órganos, derivadas de infecciones generales, y 3o. los que siguen un camino por contigüidad, es decir, las que son ocasionadas por las afecciones intestinales.

Según esta manera de ver, tendremos entonces que las salpingitis tendrán un origen uterino o vaginal; un origen sanguíneo o metastásico y un origen intestinal.

Las anexitis cuyos orígenes están representados por la infección de los gérmenes patógenos que se encuentran en las vías genitales inferiores, vagina y útero, son y con mucho, las más frecuentes, en una proporción que muy bien puede considerarse como del 95%.

INFECCIONES UTERINAS. — Si las infecciones uterinas son las fuentes ordinarias de las inflamaciones anexiales, y si de ellas las más frecuentes son la metritis, en que su desesperante cronicidad constituye un foco permanente de contaminación, tendremos pues, que el primer factor etiológico importantísimo de las salpingitis serán las diferentes formas de metritis y en particular por aquellas de naturaleza blenorragica y puerperal, gonococo y estreptoco-

co respectivamente, personajes que por su importancia, vemos casi siempre actuando en escena.

A.—Las salpingitis blenorragicas son, indudablemente, las más frecuentes, pero de eso a llegar a afirmar que la blenorragia fuera el origen de casi todas las salpingitis, es ir muy lejos, exagerando demasiado su importancia. Es verdad que hay que tener en cuenta que no siempre se encuentra el gonococo en el pus de las colecciones antiguas y cerradas, porque ya hubiera desaparecido o hubiera sido reemplazado por otros microbios comunes, pero que en realidad la infección anexial reconociera primitivamente la infección gonocócica, motivo del por qué su número se viera un poco reducido; pero de cualquier manera, las salpingitis por metritis gonorreica son las que se hallan en mayor número.

El gonococo se encuentra en el pus de las anexitis quísticas o en las simplemente purulentas, en la superficie de la mucosa y en las células epiteliales descamadas; ocupa, tanto en el útero como en la trompa, las capas superficiales de la mucosa y la red linfática subepitelial.

La propagación del proceso gonocócico se hace por la vía mucosa, por la que tiene una marcada predilección: de la vagina pasa al útero y de éste a las trompas, ya que la mucosa uterina se continúa directamente con la tubaria y nada se opone a que la infección, yendo paso a paso, se propague hasta la desembocadura del pabellón, en donde puede invadir la superficie del ovario y el peritoneo vecino.

A esta manera de ver, se le pusieron antaño objeciones sin fundamento, alegando que las lesiones más considerables asentaban casi siempre en el tercio externo de la trompa, mientras que la parte más cercana al útero se conservaba más o menos sana. Pero la infección puede perfectamente propagarse al nivel de la parte interna de la trompa al parecer sana y dejar huellas imborrables de su paso, sin haber, es verdad, cambios sensibles en su volumen, pero en los que se han encontrado lesiones histopatológicas perfectamente características. Este proceso sería el mismo que se observa en las epididimitis de origen uretral, que partiendo la infección de la uretra llega al epidídimo al que ataca, respetando el largo trayecto del canal deferente por el que tuvo que pasar; en las infecciones de las vías urinarias y las nefritis de origen vesical que es frecuente que no se acompañen de lesión del uréter.

B.—La infección puerperal sigue en orden de frecuencia en la producción de las salpingitis. La metritis inicial puede ser la consecuencia de un parto realizado en condiciones sépticas, porque es evidente que la gran herida uterina que se produce por el desprendimiento de la placenta, se infecta y constituya un foco séptico de donde la infección se transmite a los órganos vecinos, o más frecuentemente, se ve realizado por un aborto, metritis post-abortum ocasionada por la retención de restos placentarios en la cavidad uterina, infección que es entonces muy grave, seguida y muy rápidamente de las inflamaciones tubáricas, que son la consecuencia casi fatal.

En estos casos, el agente patógeno es el estreptococo, el cual se le encuentra fácilmente en el pus de estas salpingitis, pus que contiene leucocitos y células epiteliales descamadas; el germen se halla en las células, entre ellas y raramente en los leucocitos; cuando la lesión es reciente se encuentran pocos estreptococos en la mucosa y cuando es antigua están contenidos en los linfáticos de las franjas; también se le halla en el tejido muscular y en las capas conjuntivas; tiene una íntima relación con los vasos sanguíneos, en las paredes de los cuales se le puede encontrar.

Generalmente el estreptococo se halla solo y cuando la salpingitis es antigua y se han producido infecciones secundarias, se le puede hallar asociado a otros gérmenes, tales como el estafilococo, el neumococo o el colibacilo. En ocasiones se ha visto asociado al gonococo, infección mixta en que hay que admitir que la infección post-partum o post-abortum se haya injertado en un útero y anexos ya lesionados anteriormente por la gonorrea; en estos casos parece que el gonococo ha obrado disminuyendo la resistencia de la mucosa y aumentando la virulencia del estreptococo u otros microbios, a los cuales favorece en su desarrollo.

Pero no es sólo en las salpingitis de origen puerperal en donde se puede encontrar al estreptococo; también se le halla en aquellas inflamaciones anexiales que siguen a las contaminaciones por ausencia de una asepsia suficiente en las maniobras directas para la exploración intra-uterina con catéter o con el histerómetro, en las intervenciones obstétrico-quirúrgicas (legrado, amputación del cuello, incisión del mismo, etc.)

Esta contingencia es rarísima de observarla hoy día por el adelanto tan extraordinario que se ha logrado de las condiciones asépticas que dominan esta época y por el perfeccionamiento del material y de la técnica por seguir.

Otro tanto cabe decir por lo que se refiere a las salpingitis puerperales, cuyo número también era lógico pensar que se hubieran reducido, ya que las causas que las producen se combaten hoy más eficazmente que antes; pero al lado de estos adelantos científicos tan patentes, surge en la actualidad otro problema, que día a día adquiere mayor importancia y trascendencia social y que llena de pavor a las sociedades civilizadas por sus funestos resultados y por la inutilidad de sus esfuerzos: me refiero al número cada vez más creciente de los abortos provocados criminalmente, sin el recurso que la ciencia pone para evitar sus terribles complicaciones, que en último término, llevan a la muerte a la imprudente que por evitar lo menos llegó a lo más. Y si por un lado se combate científicamente, sabiamente, la producción de estas complicaciones observadas en el curso de un aborto terapéuticamente indicado y operatoriamente bien conducido y por otro lado tenemos que éstos aumentan en una proporción alarmante y a despecho de las leyes que los condenan, verificados en las peores condiciones que se pueden imaginar, llegaremos a la conclusión, bien triste por cierto, que estas dos fuerzas antagonistas mantienen en equilibrio permanente estos accidentes y es como si nada se hubiera logrado y por eso seguiremos viendo que el número de estas complicaciones es tan grande como antes.

¿Cuál es la vía de elección seguida por el estreptococo en su marcha invasora? En su propagación del útero a los anexos, el estreptococo sigue la vía linfática y de esa manera se explica fácilmente la rapidez con que se observan las evoluciones de las salpingitis después de un aborto séptico, por ejemplo, por la riqueza tan profusa de las redes linfáticas que existen a ese nivel y las relaciones de la red uterina que se continúa directamente con la red tubaría, además de la red superficial sub-mucosa y red profunda, que atravesando el ligamento ancho, llenan con sus ramificaciones el ángulo útero-tubo-ovárico.

Después del alumbramiento, el estreptococo penetra por la herida placentaria, se esparce en el espesor de las paredes uterinas, atraviesa el ligamento ancho antes de abordar los anexos por su periferia, por lo que determina antes una parametritis, flegmones del ligamento ancho, tan importantes como la salpingo-ovaritis propiamente dicha. Y lo mismo se puede decir del mecanismo seguido por la infección en el caso de una herida hecha en la mucosa uterina por un instrumento torpemente conducido en la cavidad del útero, durante una exploración o durante un aborto provocado.

Fuera de las metritis puerperales o gonocóccicas, todas las metritis cualquiera que sea su naturaleza y su origen, pueden también engendrar salpingitis, porque en algunas de ellas se han llegado a encontrar estafilococos, neumococos en ausencia de toda neumonía que pudiera explicar su presencia y otros gérmenes más.

C.—Ciertas afecciones uterinas como el fibroma uterino intracavitario, el epiteloma del cuello, las desviaciones y torsiones uterinas, las estenosis y atresias congénitas o adquiridas, etc., pueden determinar en la cavidad uterina retenciones sépticas, ya que el drenaje uterino se encuentra entorpecido y de ahí la acumulación de las secreciones, que bajo la influencia de una exploración algo brusca, por una intervención insuficientemente preparada o causas ocasionales como un exceso de fatiga, abusos de coito, traumatismos, ejercicios pesados, equitación, etc., exaltan la virulencia de los gérmenes que favorecen la infección del árbol genital e instalarse, por lo tanto, las lesiones inflamatorias anexiales.

D.—Las salpingitis pueden ser debidas también a la simple exaltación de la virulencia de los microbios saprófitos que viven normalmente en el cuello uterino o en la vagina. De esta manera se explica y en teoría se acepta, que estos microbios saprófitos serían los orígenes de las salpingitis supuradas de las mujeres jóvenes y vírgenes, en las cuales no es posible hallar entre sus antecedentes personales patológicos, ninguna infección general, afección intestinal o metritis gonocóccica que fueran susceptibles de podérseles inculpar la producción de esta complicación genital.

SALPINGITIS DE ORIGEN SANGUINEO O METASTASICO.—En este caso, los gérmenes, cuya naturaleza será distinta en cada caso particular, se localizan de manera secundaria en los anexos a consecuencia de una infección general, verdadera septicemia y a veces piohemia, en que los microbios circulando por la vía sanguínea, arterial o venosa, llegan a las trompas de manera primitiva, o bien, determinando antes una infección uterina, lo que verdaderamente es raro de observar.

Estas infecciones generales, generadoras de las salpingitis, pueden ser: agudas o crónicas.

A.—Infecciones agudas.—Todas ellas pueden originar la inflamación de las trompas uterinas y contar a las salpingitis como una de sus complicaciones, raras, es verdad, pero reales.

Se han llegado a encontrar en el curso de las distintas fiebres eruptivas: sarampión, viruela, rubeola, escarlatina. La fiebre tifoidea cuenta entre sus accidentes las salpingitis, que sobrevienen, ya sea en el curso de la enfermedad o tardíamente, años después, en cuyo caso el bacilo de Eberth ya no se encontraría en el pus, que llegaría a ser estéril o puede contener otros gérmenes. La verdadera gripe, la amigdalitis, la neumonía lobar aguda, el reumatismo y el tifo, son también susceptibles de causarlas.

B.—Entre las infecciones crónicas, contamos en primer lugar a la tuberculosis, porque la infección tuberculosa es una causa y no muy rara, de profundas alteraciones en la nutrición de las trompas.

La salpingitis tuberculosa es, y con mucho, la más frecuente de todas las afecciones tuberculosas del aparato genital, desarrollada, incluso, en la pubertad, como lesión tuberculosa primaria.

La infección puede provenir de cualquier foco tuberculoso lejano siguiendo la vía linfática o la sanguínea o puede llegar de la cavidad abdominal, por vía descendente, en el curso de una tuberculosis peritoneal, o del útero y vagina, lo que es raro, por vía ascendente durante las afecciones uterinas o vaginales de naturaleza tuberculosa.

La circunstancia de que muy frecuentemente, a la larga, en los estadios avanzados de las salpingitis tuberculosas, las lesiones se asemejen a las de los procesos sépticos de otra naturaleza o gonocócicas, ha conducido a que se evalúe en una cifra muy baja la frecuencia de la etiología de la afección tuberculosa.

Secundariamente, entre las infecciones crónicas, que pueden provocar salpingitis específicas, contamos la sífilis, la actinomicosis, las parasitarias (se han logrado encontrar parásitos en el pus de ciertas salpingitis, con lo cual la etiología de ellas está bien clara).

SALPINGITIS DE ORIGEN INTESTINAL. — Las afecciones intestinales pueden igualmente provocar las supuraciones anexiales.

Pero para que ello suceda, no es necesario forzosamente que exista una lesión del intestino como las observadas en el curso de alguna enteritis o fiebre tifoidea, en las cuales el microbio pasaría directamente de ellas a las trompas. Es suficiente que el huésped habitual del intestino, el bacterium coli común, pueda invadir las trompas por la proximidad del intestino normal por un mecanismo especial, para provocar su infección. Esta complicación se produce sobre todo cuando existen adherencias entre esa porción del aparato

digestivo y los órganos genitales, adherencias serosas que son extremadamente ricas en linfáticos y esas redes de nueva formación son los caminos por donde se establecen grandes comunicaciones entre los linfáticos del recto o del intestino delgado y los de las trompas y es por ellos, entonces, que el colibacilo tiene libre paso hacia los anexos y que secundariamente los infecte. Esta particularidad explica los casos de salpingitis crónicas que se convierten en agudas bajo la influencia de una infección procedente del intestino, con el que anteriormente habían contraído ciertas adherencias.

Numerosos son los casos en los cuales coexiste una apendicitis aguda o crónica (generalmente crónica) con una salpingitis de recha, propagación que se hace: por el contacto íntimo del apéndice inflamado con la trompa o por el derrame de un líquido séptico apendicular en la cavidad de la trompa; por medio de la serosa peritoneal que produce las adherencias y entonces serían los linfáticos los intermediarios de esa infección, comunicando el órgano primitivamente enfermo con el órgano sano, el cual se infectaría secundariamente. Y entonces sólo un cuidadoso interrogatorio, nos podría guiar en la interpretación de esa infección, para saber si la apendicitis fué la causa de la salpingitis o si por el contrario, ésta fué la causa de aquella.

Después de haber pasado revista a las causas productoras de las salpingitis, creemos que está por demás insistir en la importancia que tiene el reconocer de manera precisa la etiología de ellas, lo mismo que la identificación de los gérmenes, puntos que actualmente tienen mucha importancia y más que antes, porque forman la base de un tratamiento racional y etiológico de estos padecimientos. Y así por ejemplo, la comprobación segura del gonococo, además de que nos facilita la interpretación de síntomas peritoníticos más o menos discretos, nos permite, al mismo tiempo, instituir un tratamiento causal, que si no podemos todavía decir que es estrictamente específico para el germen infeccioso, si se aproxima mucho a ello: vacunación de esos procesos gonocócicos por medio de vacunas anti-gonocócicas; aplicación de suero anti-estreptocócico en las salpingitis puerperales; irradiación de los tumores anexiales tuberculosos, etc.

Por no responder la etiología de los hidrosalpinx y los hematosalpinx a una etiología francamente infecciosa, agregaremos un pá-

rrafo aparte y dentro de este capítulo, a la patogenia de estos procesos.

La patogenia del hidrosalpinx se explica por la retención de exudados o trasudados después de cerrarse el extremo abdominal de la trompa, como resultado de una infección atenuada que determina una hipersecreción catarral de la mucosa (sería entonces consecutiva a una salpingitis aguda catarral) en cuyo caso se hallarían gérmenes en ese contenido; pero el líquido es, empero, estéril en la mayoría de los casos y no hay infección genital ni general que explique su producción, como sucede en los hidrosalpinx observados en las mujeres vírgenes o aquellos que acompañan a los fibromiomas uterinos o a los quistes del ovario, colecciones asépticas cuya única explicación sería que se tratara de una congestión y la hipersecreción consecutiva a la mucosa tubárica por obliteración del orificio interno, determinado éste por la organización de pequeños exudados sanguíneos peritoneales sobrevenidos en el momento de las reglas en aquellas mujeres cuya menstruación estuviera exagerada.

Patogenia del hematosalpinx.— La causa más frecuente de esta salpingitis quística, es el embarazo extra-uterino, del tipo tubárico, y la razón para explicarla es tan obvia que no la consignamos. Otra causa está representada por la retención de la sangre menstrual en el útero o en la vagina, por atresia congénita del cuello uterino, del himen o del orificio vulvar respectivamente, siendo entonces el hematosalpinx un epifenómeno del hematometra o del hematocolpos. Otros más son causados por una apoplejía de la trompa, hemorragia que puede producirse en diversas circunstancias, por ejemplo, a la sangre que sigue a la ruptura de un vaso tubárico en la cavidad salpingea en el curso de algún proceso congestivo (las que acompañan a los fibromas uterinos o a tumores de la misma trompa) a los que siguen a las congestiones pélvicas (la hiperemia de la mucosa tubárica produce el hematosalpinx como la hiperemia de la mucosa uterina produce las metrorragias.)

Los hematosalpinx de origen infeccioso son raros y se deben a una paquisalpingitis hemorrágica, en la que se encuentra un engrosamiento de la pared tubárica con mamelones neoformados, que siendo esencialmente vasculares, son asiento de constantes hemorragias.

CAPITULO II

A N A T O M I A P A T O L O G I C A

El estudio anatómo-patológico de las lesiones inflamatorias de las trompas uterinas, vistas desde el plano en que nos colocamos para el desarrollo de esta tesis, es decir, de la operabilidad o no operabilidad de las salpingitis, tiene un interés predominante, no solamente como simplemente especulativo, sino como interés terapéutico, porque depende mucho del conocimiento más o menos exacto de las lesiones, tomando en consideración la extensión y grado de alteración en que se hallen y la fase anatómo-patológica y clínica en que se encuentren, para que nuestra conducta terapéutica se encamine hacia uno u otro derrotero determinado.

Resumiré en este capítulo los conocimientos adquiridos sobre este particular, sin agregar casi nada de mi cosecha personal, ya que existen trabajos extensos y variados en los cuales toda la anatomía patológica está suficientemente tratada y estudiada.

Es casi imposible separar el estudio de las infecciones tubáricas de las infecciones ováricas, porque es difícil encontrar lesiones inflamatorias de las trompas uterinas sin que el ovario no se halle interesado en las mismas en una proporción más o menos intensa y a la vez, lesiones ováricas en que las trompas no tomen participación aunque sea también en una proporción variable, razón que explica el que haya surgido en la práctica la necesidad de reunir la infección de estos dos órganos que marchan paralelamente, en una sola entidad nosológica y de ahí el nombre genérico de salpingo-ovaritis creado para designar estos padecimientos asociados; pero naturalmente que se llega a tropezar con casos, si no numerosos, cuando menos frecuentes, para que la clínica no desdeñe su estudio, en que las lesiones serán predominantes, ya sea en las trompas o en los ovarios y de esa manera se pueden observar salpingitis que no se acompañen de lesión ovárica, como también es posible ver ovarios enfermos con trompas sanas, en cuyo caso estos tipos más o menos puros responderán y con justicia, a la denominación de salpingitis u ovaritis respectivamente. Y como nuestro objetivo es el estudio de

las primeras exclusivamente, a ellas dedicaremos nuestra atención.

Ahora bien, al estudiar las lesiones que acompañan a las infecciones salpingianas, lo que llama inmediatamente la atención es la diversidad casi constante y la variedad infinita de estas lesiones, aun en la misma enferma: unas son superficiales y otras son profundas; otras son ligeras o graves; las unas no interesan más que la trompa y las hay que atacan al ovario o se extienden a la vez al ovario y a la trompa; pueden asentar en un solo lado o ser bilaterales y en este caso se tienen alteraciones insignificantes de un lado mientras que del otro se halla una trompa llena de pus y con adherencias sólidas a los órganos vecinos; pueden estar localizadas únicamente a los anexos o extenderse a las partes vecinas; dejar el peritoneo indemne o por el contrario, tapizarlo de adherencias espesas que unen entre sí todos los órganos de la pequeña pelvis; pueden limitarse a una pequeña hipertrofia de los elementos de las paredes tubáricas o provocar el desarrollo de enormes bolsas purulentas. Todo se puede ver y en realidad así es y no hay, por decirlo así, dos casos de supuraciones anexiales que se parezcan completamente y esta rica variedad en el modo de reaccionar de las trompas hace que toda descripción de semejanza en ese sentido sea punto menos que imposible. Y no podría dejar de ser así, porque la influencia ejercida por una infección determinada, ya sea ligera o violenta, hace que los órganos atacados reaccionen cada uno según sus posibilidades defensivas y de manera aislada, en proporciones diferentes, estando bajo la dependencia de la intensidad de la infección a ese nivel, y resultaría, entonces, de todo esto, que las lesiones estarían regidas por el capricho de la invasión microbiana.

De ahí la anarquía en las clasificaciones propuestas para su estudio y comprensión, en las cuales se ha seguido un criterio determinado, según el modo de ver las cosas por los autores que las han propuesto, legítimas todas, si se quiere, pero que por olvidar uno u otro aspecto de la cuestión, no responden suficientemente a las necesidades y exigencias de la clínica.

Adelantémonos a decir, antes de anotar cualquier clasificación, que todas estas lesiones no representan más que estadios de un mismo proceso, siempre el mismo, en distinta fase evolutiva y que por lo tanto, no es posible jamás fijar límites precisos para afirmar rotundamente que en un punto determinado termina una forma anatómo-patológica para empezar la otra, porque, por ejemplo, no hay en realidad salpingitis catarrales que no se acompañen de manifes-

taciones piógenas y salpingitis purulentas que no hayan comenzado por ser catarrales. Y las distintas denominaciones usadas para identificarlas son debidas al aspecto macros o microscópico que presentan estas mismas lesiones.

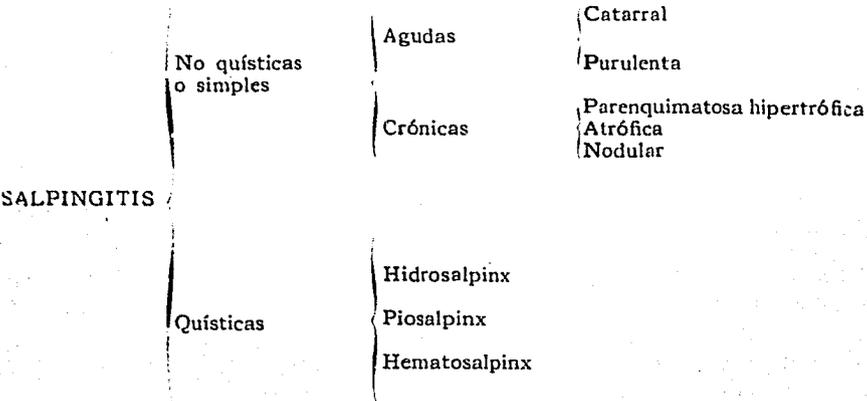
Una vez instalada la salpingitis, que es un proceso de defensa de la mucosa tubaria contra la infección que la ha invadido procedente de la mucosa uterina, la mayor parte de las veces, presentan-se diversos tipos anatómo-patológicos, fundamento que ha servido de base para la clasificación de Pozzi, clasificación que no por ello descuidá el aspecto clínico que presentan y que en ocasiones hacen que la trompa enferma se convierta en una cavidad quística que adquiere cierto volumen y da por este hecho a la lesión una fisonomía clínica particular, razones anatómo-patológico-clínicas que hacen que esta clasificación sea la más universalmente admitida por ser la más racional y la más lógica.

Estos tipos anatómo-patológicos se dividen esencialmente, por el aspecto que presentan, en dos clases: 1o. Las salpingitis no quísticas o simples, y 2o. Las salpingitis quísticas.

Estas formas presentan a su vez modalidades diversas, que son las siguientes: las primeras se dividen, por su evolución clínica, en: agudas y crónicas. Las segundas se dividen, según la naturaleza del líquido contenido en la cavidad quística, en: hidrosalpinx, piosalpinx y hematosalpinx.

Las formas no quísticas agudas se subdividen, según la intensidad de la infección, en: catarrales y purulentas. Las crónicas, por su aspecto microscópico, se subdividen en: parenquimatosa hipertrófica, atrófica y nodular.

CUADRO SINOPTICO DE LA CLASIFICACION DE POZZI.



Estudiaremos estas distintas formas por separado, de manera somera y yendo de la menos a la más, en razón de su intensidad.

SALPINGITIS SIMPLE AGUDA CATARRAL. — Esta forma representa el primer grado de la inflamación de la mucosa tubaria.

Macroscópicamente se nota que la trompa está aumentada de volumen e hinchada; su superficie exterior profusamente vascularizada, lo que le da el color rojizo que presenta; a veces está recubierta de un exudado pseudo-membranoso. Al corte se observa turgencia de las franjas del pabellón, las que muy frecuentemente se hallan replegadas sobre sí mismas y en ocasiones hasta soldadas entre sí, pero los orificios tubáricos, tanto el uterino como el peritoneal, son siempre permeables. La mucosa está engrosada, los repliegues normales están hipertrofiados; la cavidad de la trompa encierra un líquido opalescente y viscoso producido por la secreción exagerada de las glándulas.

Microscópicamente las lesiones son muy marcadas en la mucosa, que es la que esencialmente está atacada: el epitelio superficial se halla descamado, las células glandulares hinchadas y vesiculosas, el estroma se halla infiltrado de células conjuntivas jóvenes y de linfocitos; se encuentran numerosos vasos y dilatados; en las superficies de repliegue se encuentran vegetaciones formadas por tejido conjuntivo embrionario. La pared fibromuscular, poco atacada, presenta lesiones de linfangitis transparietal.

SALPINGITIS SIMPLE AGUDA PURULENTO. — Representa el segundo grado de la infección tubárica y es el estadio preparatorio para la formación del piosalpinx.

Las lesiones anatómo-patológicas son más marcadas que en la forma anterior: la trompa es más voluminosa, más roja y más adherente; el aumento de volumen la obliga a describir sinuosidades más o menos acentuadas que determinan en ella acodaduras que provocan en su contorno irregularidades en el calibre de sus diferentes partes y por eso la cavidad que presenta al corte un aspecto monoliforme, en rosario (a zonas estrechadas, suceden zonas dilatadas) en la que se halla un pus cremoso y amarillento, más o menos ligado según la antigüedad de la lesión; las franjas del pabellón están aglutinadas sólidamente como si pretendieran obliterar el orificio peritoneal, pero es interesante hacer notar que el orificio uterino permanece todavía permeable y por lo tanto el pus contenido en la trompa puede derramarse en la cavidad uterina, hecho que es fre-

cuenta en estos casos y cuando esta salida de pus no se realiza de esa manera, es por razones, en las que más adelante insistiremos. Los pliegues de la mucosa se encuentran muy tumefactos por la gran infiltración leucocitaria y la proliferación de las células fijas del tejido conjuntivo, lo que explica el engrosamiento de la pared tubárica, que presenta un aspecto fungoso y hemorrágico. Microscópicamente la pared de la trompa se halla completamente infiltrada de leucocitos polí y mononucleares y de células conjuntivas embrionarias: son los plasmotzellen, que se encuentran también en el pus con sus productos de degeneración (corpúsculos de Russel) y que caracterizan los procesos inflamatorios de la trompa.

SALPINGITIS SIMPLE CRONICA PARENQUIMATOSA HIPERTROFICA.—Ya en las salpingitis crónicas, la inflamación invade la pared misma de la trompa, por la cronicidad de su evolución y de ahí surge el nombre de salpingitis intersticial con que se conocen también estos tipos.

En esta forma la trompa se halla muy aumentada de volumen debido precisamente a la hipertrofia de los elementos de la pared tubárica, que ya en este caso afecta también a la capa muscular tanto como a la mucosa. Por lo tanto, la lesión dominante es un enorme engrosamiento de la pared por una intensa proliferación del tejido conjuntivo joven, pero siendo excepcional la hipertrofia de los elementos musculares. La trompa alcanza el volumen de un dedo y a veces más (de 3 a 5 cms. de diámetro), de color violáceo, envuelta por adherencias, de consistencia dura y muy estrechada la luz del conducto, que a veces se oblitera en algunos puntos.

SALPINGITIS SIMPLE CRONICA ATROFICA.—En este caso el volumen de la trompa está disminuido, porque como su nombre lo indica, el proceso que domina aquí es la atrofia de los elementos, pero su consistencia es también densa y la luz del conducto está también muy reducida y a veces obturada por tejido cicatricial; su coloración es más pálida que la de la forma anterior. La pared se encuentra completamente invadida por tejido fibroso denso que hace desaparecer y reemplazar a los elementos nobles del órgano, fibras musculares y células epiteliales.

SALPINGITIS SIMPLE CRONICA NODULAR.—Esta forma está esencialmente caracterizada por las nudosidades que se encuentran diseminadas en toda la trompa y más en las proximidades de los cuernos uterinos; son de tamaño variable, pero siempre en rela-

ción con el tamaño de la trompa. Asientan en plena pared tubárica, recubierta por la serosa y mucosa, macroscópicamente intactas. Los nódulos son duros, de color grisáceo, a veces con zonas amarillentas reblandecidas, histológicamente constituídas por tejido inflamatorio. El resto de la trompa presenta lesiones de salpingitis intersticial.

Diremos en este sitio algo de las salpingitis tuberculosas, en relación con el tipo de salpingitis nodular. Afirmamos que los nódulos son de origen inflamatorio y aunque en su patogenia y etiología intervenga de manera preponderante la blenorragia, no por eso hay que desconocer que también la tuberculosis tiene un papel importante en la producción de ellas, porque bien es sabido que en las salpingitis tuberculosas, la mucosa presenta al principio el mismo aspecto que en las inflamaciones catarrales, pero sembrada de pequeñas granulaciones grises, luego la cavidad se llena de masas muco-purulentas y caseosas que van aumentando poco a poco, lo que unido a la propagación del proceso a la capa muscular, transforma al órgano en una masa gruesa y rígida.

Y ahora bien, ¿cuál es la evolución anatómo-patológica de las lesiones salpingianas simples ya descritas?

El resolver este punto es de capital importancia porque en él radica y descansa el quid de la cuestión en su aspecto terapéutico. Y en la imposibilidad de seguir paso a paso las transformaciones ulteriores de las lesiones, como si se tuvieran bajo la vista las piezas anatómicas, con el control, al mismo tiempo, de la intensidad de la infección y el mecanismo de defensa del organismo, procuramos seguir la evolución anatómo-patológica basándonos en la evolución clínica del padecimiento.

El caso más benigno, el de salpingitis aguda catarral, puede evolucionar tan favorablemente que la regresión absoluta de las lesiones sea un hecho y sin dejar huellas de haber existido; una verdadera restitución ad integrum en la cual se ve a la trompa recuperar su volumen normal, el líquido secretado por las glándulas ser reabsorbido, las franjas del pabellón volver a flotar libremente en la cavidad de la trompa, el epitelio se regenera, etc.; casos muy frecuentemente observados cuando la infección sólo ha determinado una irritación de la mucosa sin pasar adelante, ya sea por la poca virulencia del agente causal o porque el organismo suficientemente preparado por sí mismo o por la ayuda de un tratamiento adecuado y riguroso, haya sido capaz de detener el proceso; en el caso contrario y cuando estas condiciones no se presentan, este tipo anatómico puede evolucionar de dos maneras: 1o. o bien se transforma en una sal-

pingitis purulenta por la gran virulencia de los gérmenes desde un principio de la infección o porque haya sido exaltada por circunstancias diversas y ser entonces superior a las defensas orgánicas que han claudicado; 2o. o bien, da origen a un hidrosalpinx simplemente por obliteración de los orificios tubáricos, porque la hipersecreción glandular haya sido exageradísima y haya producido una hidropesía de la trompa.

Estos distintos caminos son manifestados por los signos y síntomas correspondientes, que acusan la presencia de una u otra forma y presumimos, por lo tanto, su naturaleza, por la intensidad o desaparición de los mismos.

La salpingitis purulenta, atinada y severamente tratada médicamente y evolucionando en un terreno cuyas reservas defensivas y reaccionales sean bastantes, puede regresar poco a poco y por desaparición de los glóbulos purulentos o esterilización del pus, llega a convertirse en serosa la secreción y luego por el mecanismo descrito anteriormente llegar (¿por qué no?) hasta la restitución ad íntegrum, lográndose prácticamente tanto la curación clínica como anatómica por amortiguación de la infiltración sufrida. Pero puede seguir otro camino y esto es lo más frecuente y convertirse entonces en un piosalpinx por el aumento progresivo de las lesiones anatómicas que llegan hasta el cierre de los orificios de la trompa.

En cuanto a las salpingitis crónicas, cualquiera que sea el tipo anatómico que se considere, podemos afirmar que la restitución ad íntegrum de las lesiones es punto menos que imposible, porque en ellas las lesiones están constituidas de manera definitiva por la cronicidad de las mismas, en que siguen siempre una marcha lenta pero indestructible y aunque la desaparición completa de ellas no se logra, sí puede y en realidad se ve, lograrse la curación clínica del padecimiento, cuando no se ha descuidado la terapéutica seguida por un tiempo más o menos largo.

SALPINGITIS QUISTICAS.—La condición sine quanon para la transformación de las trompas en una bolsa quística, que es lo que las caracteriza, es la obliteración de los orificios tubáricos, tanto del uterino como del peritoneal. En esta obliteración está resumida toda la patogenia de las salpingitis quísticas.

Pero existe un hecho que al parecer invalidaría la afirmación anterior y es que el orificio uterino casi siempre, si no es que en la totalidad de los casos, se encuentra permeable (se ha logrado introducir un estilete por la cavidad uterina que pasando por ese orifi-

cio llegara a las trompas, en los casos de salpingitis quística), en cuyo caso se piensa que no habría razón para que se formara una cavidad cerrada, ya que por el orificio abierto las secreciones elaboradas en la trompa tendrían una puerta de salida para derramarse en la cavidad uterina y de ahí al exterior. Aunque teóricamente esto es verdad y por el lado del orificio uterino la obliteración anatómica no existe, prácticamente sí la hay, porque el líquido tubárico no puede descender al útero, obliteración fisiológica que encuentra su explicación en la impermeabilidad práctica de la trompa por engrosamiento de las paredes y la disminución del calibre de las mismas a ese nivel o bien por acodamientos de la extremidad uterina, por detención del desarrollo, que impide el enderezamiento normal de las trompas, corrigiendo de esa manera la torsión en espiral que presentan las mismas durante la vida intra-uterina y por último, puede obliterarse la luz del conducto por las secreciones serosas o purulentas, espesas u organizadas, que no fluyen al útero por el reducido calibre del orificio. Así pues, es un hecho la obliteración del orificio uterino, si no real ni anatómico, si práctico y fisiológico.

El mecanismo del cierre del orificio peritoneal ha sido muy discutido y parcialmente dilucidado, pero toda la razón estriba en el hecho de que la cara externa de las franjas del pabellón están recubiertas por el peritoneo y que esta cara de las franjas poseen, como todas las serosas, la propiedad de crear rápidas adherencias que son las que realizan la obliteración. La mucosa no toma participación en ella y si alguna vez lo llega a efectuar, es de manera excepcional

Para algunos autores, las franjas del pabellón, bajo la influencia de la infección e inflamación consiguiente, se hinchan, se espesan, adhiriéndose las unas a las otras por sus bordes y se confunden poco a poco; el diámetro del pabellón disminuye y las franjas opuestas se ponen en contacto recíprocamente. Para otros, son las franjas que espesándose se repliegan sobre ellas mismas, se incurvan y tienden sus extremidades a penetrar de nuevo en el pabellón; sus caras serosas entran entonces en contacto, se establecen apretadas adherencias y la obliteración se realiza. Otros más piensan que es por procesos inflamatorios de la misma trompa que interesan los pliegues de la mucosa a nivel del ostium y de las franjas del pabellón (salpingitis intersticial).

Otra forma de realizarse la obliteración sería aquella en que la trompa dilatada comunicara con una cavidad quística desarrolla-

da en el ovario, de suerte que tanto la trompa como el ovario concurrirían a formar la pared de la bolsa; se haría una adherencia íntima entre el pabellón de la trompa y la superficie del ovario; la pared que separara uno de estos quistes se adelgazaría más y más bajo la influencia del aumento de volumen del quiste, se rompería y la comunicación quedaría establecida entre el ovario quístico y la cavidad tubaria.

Un hecho relacionado con el mecanismo del cierre del ostium peritoneal y del que no tenemos noticia que lo hayan registrado los tratadistas clásicos ni tampoco se haya descrito en la literatura médica existente, es aquel, que entre nosotros ha sido observado por el Dr. A. de los Ríos y que ha visto corroborado por la observación de otros ginecólogos. Me refiero al siguiente hecho: en algunas ocasiones ha podido observar el Dr. de los Ríos, en las maniobras hechas para el despegamiento de las trompas de las adherencias contraídas con el peritoneo, que **el orificio peritoneal se encuentra dilatado y sin estar obstruido** por las franjas del pabellón de la trompa, las cuales se encuentran alteradas y desgarradas en sus bordes; tal parecería como si la obliteración u obstrucción del orificio se hubiera realizado primitivamente por las adherencias de dichas franjas con los exudados peritoneales y que más tarde, a medida que las lesiones avanzaban, la tensión en que se encuentra el líquido intrasalpígeo fuera el que dilatara dicho orificio, que entonces sería permeable y comunicara con las adherencias peritoneales que entonces pasaría a formar parte del saco salpingiano.

Este mecanismo explica entonces fácilmente el por qué al hacer el cirujano, durante una intervención, el despegamiento de la trompa, el contenido de ella se derramara en la cavidad peritoneal, a pesar del cuidado extremo con que se hubiera efectuado ese despegamiento, excluyendo de manera cierta y absoluta la posibilidad de que el derrame del líquido se hubiera hecho por la rotura de la bolsa en uno de sus puntos débiles de la pared del saco, comprobado más tarde por la revisión cuidadosa y detenida de la pieza anatómica y por lo tanto, sólo cabe pensar que por ese orificio peritoneal dilatado es por donde necesariamente hubiera sido evacuado el contenido del quiste salpingeo.

Sea de cualquiera manera y ya invocando uno u otro de los mecanismos enumerados, el hecho real es que por obliteración de los orificios, la cavidad tubárica se cierra y por ende, la salpingitis quística queda constituida, en la que el pus o las secreciones que-

dan aprisionadas entre el orificio peritoneal obliterado y el ostium uterino, que no pueden franquear.

Las colecciones tubáricas asientan, en una proporción de un 60 a un 75% de los casos, a la izquierda de la línea media y el resto a la derecha, según los datos recogidos de las estadísticas del Hospital Juárez.

La dilatación de la trompa se desarrolla a expensas de la parte externa de la misma, la próxima al pabellón, por el mayor calibre de la cavidad tubárica a ese nivel y por la mayor delgadez de las paredes a ese nivel. La porción ístmica yuxta-uterina, poco o nada dilatada, forma una especie de cordón que une el quiste tubárico al útero.

La situación de las mismas con relación al útero y las paredes pelvianas, es variable. Las modalidades que se pueden encontrar son las siguientes: a) Casi siempre la trompa enferma está situada por detrás del ligamento ancho y del útero, en el fondo de saco de Douglas (porque la parte de la trompa próxima al pabellón, la que se dilata, flota en estado normal hacia atrás del ovario y del ligamento ancho; convertida en cavidad quística y cuando no se encuentra mantenida en una posición determinada por adherencias anteriores, su propio peso la hace prolapsarse en el Douglas, al mismo tiempo que el decúbito dorsal en la cual la enferma está condenada a estar durante un largo tiempo por su salpingitis, tiende igualmente a empujar la trompa hacia atrás); el polo inferior del tumor deprime el fondo de saco posterior vaginal y el superior sobrepasa el fondo del útero y se eleva más o menos en el abdomen; b) Posición elevada, encima del ligamento ancho, entre el cuerno uterino y el estrecho superior, hasta extendiéndose en la fosa ilíaca (casos observados sobre todo durante el embarazo o después del parto, en el momento en que se verificaba la involución uterina, siendo en ese momento cuando una inflamación ha invadido la trompa; en otras ocasiones son adherencias con el apéndice u otros órganos las determinantes de esa posición elevada); c) Incluidas entre las dos hojas del ligamento ancho, hecho raro y observado solamente cuando se trata de la parte interna de la trompa que se hace quística, porque cuando es la externa se trata de una falsa inclusión por la existencia de adherencias inflamatorias peritubulares que harían pensar que se hallan en esa situación; d) Delante del útero, en el espacio vésico-uterino (situación explicada por una anomalía congénita de la posición de la trompa o por una retroversión uterina que borra el Douglas y deja adelante un vasto espacio li-

bre donde se aloja la trompa distendida) y e) Casos de posición extraña de la trompa, excepcionales por cierto, en que la derecha puede estar colocada a la izquierda y viceversa (explicadas por una movilidad anormal y extrema de las trompas sanas).

En cuanto al volumen, nada más variable podemos encontrar, pero ordinariamente es muy considerable relativamente para las pequeñas dimensiones de la trompa sana. Este volumen puede ser tan grande como el de una cabeza de feto o pequeña como el de una naranja chica; entre estos dos extremos se hallan todos los intermedios.

La forma de ellas es también muy caprichosa y depende mucho del volumen de la bolsa, del estado de sus paredes, así como del líquido que contienen: tiene un aspecto piriforme en las de mediano calibre, arredondado cuando es voluminosa; cuando la bolsa posee una pared delgada y contiene un líquido bastante fluído, se hace sinuosa, contorneada y desigualmente abollada; cuando se trata de un hidrosalpinx, puede observarse una forma encorvada, de una trompa de caza o de una gaita.

El espesor de las paredes del saco es muy variable, pero en general es espesa y resistente, pero existen puntos débiles en donde la pared se rompe de preferencia en el curso de las maniobras de decortización, durante la extirpación de estos órganos.

Por lo que se refiere a las relaciones de la trompa enferma con los órganos contenidos en la pelvis, cabe decir que su estudio reviste una importancia vital desde el punto de vista operatorio, porque son esas relaciones con los órganos vecinos, que llegan en su grado máximo a las adherencias extensas, superficiales o en brida, las que constituyen por su presencia, la dificultad principal y el peligro más grande en el tratamiento quirúrgico de las supuraciones anexiales.

Estas adherencias, que mucho dependen de la naturaleza de los gérmenes infectantes, de la intensidad, del estadio y de la duración de la enfermedad, se hacen con el ovario en primerísimo lugar por la situación que guarde en relación con la trompa; con el útero; con el intestino y el epiplón, con la pared y peritoneo pélvico y con la vejiga y que pueden soldar estos órganos a las trompas y unirlos entre ellos de la manera más estrecha, adherencias que son de un espesor y solidez variables, ya que las recientes son ligeras y frágiles y el menor esfuerzo es suficiente para separar los órganos unidos por ellas y en cambio, las más espesas, las organizadas y las más sólidas y resistentes, son las antiguas, en las que es casi imposible separarlas sin romper las vísceras a las cuales se abrazan.

Sus relaciones con el ovario son variables en intensidad, pues a veces parece ser éste independiente y estar al parecer sano, lo que es raro, pues lo más frecuente es que participe más o menos de la infección tubárica; otras veces se adhiere en la bolsa quística por la extremidad en que el pabellón obliterado se acoda sobre sí mismo; en otras ocasiones la trompa desplaza hacia afuera al ovario y lo engloba en una de sus sinuosidades, en el fondo de la cual desaparece casi totalmente, envuelto por las adherencias y las falsas membranas; por último, es a veces tan íntima esta relación que el salpinx comunica con una colección enquistada del ovario, formándose entonces un gran absceso tubo-ovárico, que puede ser seroso o purulento.

Las trompas pueden adherirse al útero y colocarse sobre su fondo o más frecuentemente, sobre su cara posterior. Sucede también que las dos trompas, inflamadas y prolapsadas en el fondo del Douglas, se apliquen la una contra la otra y parecer que se fusionan entre sí y luego adherirse al útero.

Las relaciones y adherencias de las trompas con el peritoneo pélvico son las más frecuentes. Es la serosa que tapiza la cavidad del Douglas la que más ordinariamente se encuentra comprometida y a menudo hay una unión íntima de la casi totalidad del peritoneo pelviano con los anexos enfermos y la razón de ello es muy sencilla: a medida que la trompa prolapsada en el Douglas aumenta de volumen, lo llena por completo y se amolda sobre él, de manera que el peritoneo pélvico está en completo contacto con el peritoneo que recubre la trompa quística y cuando ésta está infectada, las dos hojas se sueldan en toda su extensión y después de la extracción de la bolsa, el peritoneo pélvico ha perdido su aspecto seroso por el despulimiento que sufre en toda su superficie por el desgarró sufrido.

Hay adherencias con las paredes del fondo del Douglas, sobre todo muy íntimas al nivel de las fosetas sub-ováricas y entre ellas, las que más importancia tienen son las que unen las trompas con el recto, adherencias que son muy fuertes y tanto más extensas cuanto mayor sea la superficie de contacto del recto con ellas, aumentadas de volumen, particularidad que nunca hay que olvidar al hacer la extirpación de los anexos si se quiere evitar los desgarró del recto, que en los casos muy difíciles no es raro que suceda.

Las relaciones con el asa omega y el colon pélvico son frecuentes cuando se trata de salpingitis izquierdas, mientras que cuando son derechas contraen adherencias con el apéndice y a veces con el ciego.

Las adherencias con el epiplón y con el intestino delgado son muy comunes, dado que éste último llega a descansar directamente en los anexos y se comprende fácilmente cómo cuando éstas se enferman, pueden adherirseles y fusionarse con ellas, una o varias asas del intestino delgado.

Las adherencias con la cara superior de la vejiga, que se llegan a observar, son realmente raras y acontecen cuando las trompas se hallan situadas en el espacio véstico-uterino, eventualidad poco común. Con los uretères es excepcional que sucedan, y en todo caso estas adherencias no se harían de manera directa, sino por intermedio del peritoneo pélvico que los recubre.

Por regla general estas adherencias son menos sólidas hacia el fondo de la pelvis que hacia el estrecho superior, porque se encuentran hacia el fondo del Douglas espacios libres, más accesibles para el despegamiento de los anexos enfermos. Esto se debe, sin duda alguna, a la vascularización mayor de las asas intestinales que se adhieren más fácilmente a las trompas que la serosa pélvica, relativamente menos irrigada y también porque es raro que los anexos inflamados lleguen a descender completamente hasta la parte inferior del Douglas, dejando por lo tanto esos espacios libres. Cualquiera que sea la razón, el hecho es de una realidad clínica tan patente que domina toda la técnica operatoria de la extirpación de los anexos.

En cuanto a la fusión de los órganos entre sí, hablaremos de ello cuando toquemos el capítulo de la evolución clínica de las salpingitis por las complicaciones y secuelas que se presentan.

Según el contenido de la trompa dilatada, se distinguen tres tipos de salpingitis quísticas: el hidrosalpinx, el piosalpinx y el hematosalpinx. Pero como en éstas, los puntos de contacto entre ellas son mucho más considerables que sus líneas de demarcación y como no habría por lo tanto barreras infranqueables que nos permitan dividir las de manera absoluta, esta división será valedera relativamente, porque hay formas de transición que las unen dando lugar a las más variadas combinaciones, como veremos más adelante.

HIDROSALPINX.—El líquido contenido en la bolsa es de naturaleza serosa, de color citrino claro, a veces ligeramente teñido de sangre. La pared de la bolsa es delgada y frágil, lisa, transparente, de coloración azulada característica, constituida por una delgada lamina conjuntiva en la que se encuentran elementos musculares

de la pared tubárica normal; su cara interna revestida de un epitelio discontinuo con caracteres de endotelio.

La evolución anatómo-patológica del hidrosalpinx sería la siguiente: 1o. puede la lesión no modificarse nada y evolucionar así durante años o por exaltación de la infección, originarse un piosalpinx; 2o. la rotura de las paredes del hidro, que no sería peligrosa por su contenido estéril, líquido que vaciado en la cavidad peritoneal fácilmente es reabsorbido y sin dificultad por el peritoneo; 3o. el desagüe eventual del líquido sería la evolución más favorable, mecanismo espontáneo de curación que se realizaría así; cuando por regresión de las lesiones, el orificio útero-tubárico llegara a ser normal o estuviera ligeramente estrechado, pero no ya obliterado y la secreción llegara hasta él, la colección líquida puede derramarse en el útero y después de haber salido la primera parte de ella, la salida del resto se mantendría por la presión abdominal, de modo que se llegaría a vaciar completamente.

PIOSALPINX.—La secreción contenida en la bolsa es un pus cremoso, generalmente bien ligado, de color amarillo verdoso, fluido o espeso, a veces de olor fétido. La pared del saco es gruesa y está constituida por los diferentes elementos de la trompa, alterados; variable en su espesor: delgada y frágil en ocasiones, engrosada y resistente en la mayoría de los casos, siempre con puntos débiles en los sitios en que el líquido intra-salpingeo haya ejercido mayor presión y por donde se produce la rotura de la pared. La mucosa se encuentra despojada de su epitelio, vellosa en ocasiones y en otras ulcerada, sin sus repliegues normales. La luz de la trompa está dilatada y llena de pus.

Es consecutivo casi siempre el piosalpinx a una salpingitis purulenta. Su evolución es casi siempre la propagación a los tejidos próximos de la inflamación purulenta que presenta gran tendencia a ello, invadiendo la serosa peritoneal, ya sea a través del orificio abdominal o a través de las paredes de la trompa, serosa que se defiende mediante un proceso de inflamación adhesiva con formación de pseudo-membranas, quedando entonces la trompa englobada en toda su extensión por esas adherencias peritoneales y unida a los órganos vecinos, tal como lo hemos visto anteriormente.

Puede tener lugar la regresión completa de un pio y transformarse en un hidrosalpinx por la conversión paulatina de su contenido en un líquido puramente seroso, verdadera clarificación del pus que llega a ser estéril en las salpingitis antiguas y enfriadas, y de

ahí la razón del porqué, cuando en una intervención, se derrama ese pus en la cavidad peritoneal, no trae consigo como consecuencia ineludible un proceso de peritonitis (ésta es una razón que esgrimen algunos ginecólogos para cerrar el vientre a muerte en una intervención quirúrgica por un proceso purulento, sin dejar canalización); una restitución ad integrum casi nunca es posible y si se llegara a lograr, nunca se pensaría que fuera la terminación de un piosalpinx.

HEMATOSALPINX.—El saco quístico, constituido por una gruesa pared fibrosa, contiene sangre, normalmente estéril, pero profundamente alterada, de color moreno oscuro, espesa y pegajosa, con coágulos adheridos a la cara interna de la pared del saco, que es irregular y tomentosa, algunos de los cuales están en vías de organización y son los que se colocan en la periferia del saco, mientras que en el centro se halla todavía sangre líquida. En ocasiones la sangre puede ser bastante fluida y poco coloreada por la transformación de los pigmentos sanguíneos.

La evolución depende mucho de la lesión que le haya dado origen porque si no se ataca la causa primitiva, ésta lo mantendría indefinidamente, dando entonces tiempo a la organización de las lesiones que no podrían posteriormente regresar.

Secundariamente el hematosalpinx puede infectarse y dar lugar entonces a accidentes graves por su transformación en un piosalpinx bien constituido.

Por todo lo expuesto anteriormente, se ve que las formas de transición son infinitas entre las salpingitis quísticas y que se lo misma trompa, es decir, en un piosalpinx puede injertarse un hidrosalpinx puede transformarse en un piosalpinx; coexistir los dos en la misma trompa, es decir, en un piosalpinx puede injertarse un hidrosalpinx o viceversa; un hidro o un piosalpinx convertirse en un hidro-hemato-salpinx o un pio-hemato-salpinx, etc.

CAPITULO III

S I N T O M A T O L O G I A

El cuadro sintomatológico de los procesos anexiales de origen inflamatorio es a veces de una riqueza tal, que el diagnóstico de los mismos no presenta ninguna dificultad, sobre todo cuando se trata de lesiones que tienen una marcha aguda y éstas son muy aparentes, pero en otras ocasiones esta sintomatología es tan pobre, que las inflamaciones tubéricas pueden pasar inadvertidas y no por falta de técnica exploratoria o por un defecto de interpretación de los signos objetivos hallados, sino porque no se piensa que pudieran existir, como en el caso de una salpingitis catarral que da lugar a tan pocos síntomas, que el diagnóstico nosográfico de la misma no se podrá hacer si es que no se lleva en la mente la idea de su existencia; como sucede también muy frecuentemente cuando se trata de un embarazo extra-uterino, variedad tubérica, en su principio, y que en el fondo no sería otra cosa que un hematosalpinx.

Ya asentamos en el capítulo de anatomía patológica la coexistencia frecuente de una salpingitis con una ovaritis y clínicamente esta aseveración es cierta, ya que cuando se trata de lesiones salpingianas, el ovario, por sus relaciones de vecindad y contigüidad, toma participación en ese proceso, aunque también es verdad que no guardan paralelismo entre sí en cuanto a su intensidad y siempre predomine una de ellas. Nosotros nos pondremos en el caso de predominancia salpingiana y por lo tanto, pasaremos revista a los síntomas a que ésta dé lugar.

COMIENZO.—En el estadio de comienzo de las salpingitis, se observa que la evolución clínica de ellas, puede seguir dos caminos: 1o. O se inicia de manera brusca, violenta, dramática; 2o. O se inicia de manera lenta, insidiosa y solapada.

Si es de la primera manera, se trata de un proceso agudo, que a su vez puede evolucionar de dos modos: a) o persiste con su carácter agudo y no llega a ceder en ningún momento; b) o después del período agudo, entra en una fase crónica.

Si se inicia de manera insidiosa, puede ser que se trate: a) de una salpingitis crónica existente anteriormente y que por circunstancias y causas que analizaremos después, se convierte en aguda; b) o es un nuevo proceso infeccioso, agudo, de las trompas, con caracteres atenuados, atenuación que puede ser debida ya sea a la poca virulencia de los gérmenes patógenos, al buen estado general de las defensas orgánicas o a un estado alérgico especial, etc.

10.—Trataremos ahora de bosquejar el cuadro sintomático de aquellas salpingitis que se presentan de manera brusca, que si bien es verdad que no son tan frecuentes como las que se presentan de manera artera y callada, representan una proporción relativamente elevada para que, no digamos desecharlas, pero ni siquiera relegar su importancia a un segundo plano, máxime que son ellas las que ponen al médico en circunstancias tales que sólo una atinada y pronta resolución del mismo, puedan hacerlo salir avante, salvando a la paciente de una muerte que puede ser inevitable si no está prevenido contra esta contingencia.

Se trata de una mujer con un estado general de salud excelente y aparentemente sana, que se queja repentinamente de un dolor intenso, espontáneo, localizado en una o en las dos fosas ilíacas, con irradiaciones al hipogastrio, región lumbar, región sacrocóxigea, o cara interna de los muslos, dolor que se exagera por las maniobras exploratorias como la palpación, el tacto vaginal o rectal, la palpación bimanual; al mismo tiempo la temperatura se eleva y llega a 39 y 40 grados: la curva térmica se hace accidentada por las exacerbaciones vespertinas que hace que la fiebre ascienda uno o dos grados más, con escalofríos y sudores; el pulso en relación con la temperatura, es frecuentemente hipotenso; hay náuseas o vómito; el intestino se deja distender por los gases (meteorismo) y hay constipación; anorexia más o menos marcada; tenesmo rectal o vesical; la vejiga no se vacía y a veces reclama el cateterismo; hay oliguria con polaquiuria

Pero estos signos y síntomas sólo nos hacen pensar en un proceso peritoneal bajo, pero sin permitirnos afirmar que se trata de un proceso inflamatorio de los anexos, para lo cual recogemos otros signos físicos de la esfera genital, que son: defensa muscular en el bajo vientre, pero no tan acentuado como cuando se trata de una peritonitis generalizada; el tacto vaginal sólo nos revela el dolor en los fondos de saco vaginales, según la localización del proceso. Y nada

más estos datos podemos recoger, porque precisamente, por tratarse de una salpingitis que estalló con brusquedad sorprendente, las lesiones no han tenido tiempo de constituirse y no podemos evidenciar lo que todavía no existe.

Este estado agudo es realizado por las siguientes causas determinantes: aborto provocado (que es la causa más frecuente); parto séptico; infección gonocócica; fiebre puerperal (causa menos común); por la menstruación misma, ya que el estado congestivo de la mucosa uterina y tubárica es capaz de determinar la agudez del proceso. Las causas predisponentes serían: el abandono prematuro de la cama; las transgresiones al régimen alimenticio prescrito, el estreñimiento y los esfuerzos de defecación, etc.

Este período de agudez del proceso, como ya dijimos anteriormente, puede persistir durante algunos días y después entrar en una fase de evolución crónica o puede continuar siendo agudo sin ceder nada a medida que pasan los días.

Ejemplo demostrativo de esta última aseveración, la tenemos en el siguiente caso clínico que relato, observado entre otros más, y que todo médico ha tenido, seguramente, oportunidad de ver en su práctica profesional.

V. G. de 31 años de edad, casada con tres hijos. Entre sus antecedentes personales patológicos de importancia, sólo se registró la existencia, hace tiempo de la fecha en que se vió a la enferma, de un aborto provocado, de un mes de edad, que no dejó huellas ni molestia alguna después.

El padecimiento actual, por el que fuimos llamados, tuvo un principio violento, dramático. La causa manifiesta fué un aborto, provocado, de 20 días, seguido de una raspa uterina por retención de restos. Comenzó con dolor intensísimo en la fosa ilíaca izquierda, con irradiaciones al hipogastrio y a la región lumbar izquierda, continuo, espontáneo, con sensación de latidos profundos (la enferma los localizaba claramente en la región ovárica izquierda); temperatura alta, de 39 y 40 grados, que llegó hasta 41 grados, con remisiones matutinas de 1 ó 2 grados, que le produjo delirio y alucinaciones visuales; pulso frecuente (120 por minuto) y poco débil; anorexia, náuseas y estreñimiento tenaz; estado general de la enferma, pésimo. En la exploración no se encontró resistencia de la pared abdominal; existencia de dolor localizado en la fosa ilíaca izquierda, que se exacerbaba con la palpación. En esos momentos no se hizo el tacto vaginal ni la palpación bimanual, por creerlo muy peligroso. El diagnóstico fué el de una salpingitis aguda purulenta, izquierda. Se procuró buscar el enfriamiento de la lesión, mediante lo siguiente: reposo absoluto, dieta hídrica, bolsa de agua caliente en el vientre, al interior, administración de analgésicos, pero no se creyó conveniente administrar antitérmicos. Con esta medicación el dolor disminuía un poco, pero su intensidad siempre era grande; la fiebre y los demás trastornos descritos no cedían. Contra las indicaciones prescritas,

se le puso un gran enema y dos días después, en ocasión de una pequeña remisión del cuadro, la enferma comió abundantemente. El período agudo continuó así durante 8 días y como no cedía, en esas condiciones fué trasladada al Hospital Juárez, donde se siguió la misma conducta: esperar el enfriamiento de las lesiones, administrando una medicación sintomática a base de belladona y opio y tratando de levantar el mal estado general de la enferma. Se procedió al tacto bimanual y se encontró: fondo de saco vaginal izquierdo doloroso y ocupado por una tumoración piriforme; la matriz no crecida, móvil, poco dolorosa y en sitio en la línea media. En el lado derecho no se encontró nada.

Los trastornos no llegaron a desaparecer por completo, pero dado el estado de la enferma, decidimos intervenir quirúrgicamente, sin esperar ya que se enfriara el proceso, pues de haber seguido con esa conducta, la paciente hubiera sucumbido.

La conducta quirúrgica que se siguió en este caso, será motivo de comentario en un capítulo posterior.

En las salpingitis agudas que se convierten en crónicas, los síntomas del comienzo ya relatados, van atenúandose y poco a poco desaparecen, lo suficiente para permitirle a la enferma, continuar en sus ocupaciones habituales, sin preocuparse ya en esos momentos de consultar a un médico, ya que el acceso agudo ha pasado y con él el peligro inmediato para las enfermas, pero nunca el tardío.

2o.—Las que se inician lentamente, de manera insidiosa, son aquellas que se presentan en mujeres que por regla general tienen una metritis más o menos acentuada y que puede ser tan antigua que llega a ser olvidada y a veces su presencia es ignorada por la enferma misma, infección que poco a poco ha invadido la mucosa tubárica, instalándose la salpingitis que se manifiesta por algunos síntomas poco acentuados, de los cuales el más importante es la existencia de los fenómenos dolorosos, que aumentan, y la presencia de los trastornos menstruales, que como veremos después, son variables y dependen del grado más o menos intenso con que el ovario toma participación en el proceso inflamatorio. No existen molestias subjetivas que alarmen a la enferma. Los dolores son en el bajo vientre, hay pesantez peritoneal y dificultad para la marcha. La exploración nos proporciona pocos datos, tales como el dolor en los fondos de saco vaginales; la palpación de la trompa nos revela la existencia de un cordón duro, flexuoso y doloroso. Y no es más que después de muchas semanas y a veces meses, que las pacientes se deciden a ir a consultar a un médico, por esas mo-

lestias insignificantes que tienen, pero que por su tenacidad las llega a preocupar.

Por todo lo expuesto hasta este momento, hemos más o menos resumido los síntomas funcionales y los objetivos que se pueden encontrar en las inflamaciones anexiales, pero insistiremos en ellos para redondear el cuadro cuando éste se halla en su período de estado, ya que más tarde nos permitirá hacer un diagnóstico diferencial acertado.

PERIODO DE ESTADO.—Este período lo vamos a considerar en las formas intermedias entre los procesos agudos, en que los fenómenos son muy aparentes, y los crónicos, en que las molestias se reducen al mínimo.

SINTOMAS FUNCIONALES.— Principalmente estos síntomas son tres: dolor, flujo y trastornos menstruales.

Dolor.—Es un síntoma capital que siempre se presenta y que muy excepcionalmente puede faltar. Los caracteres del mismo son los siguientes:

a) Asiento.—Los dolores se localizan más claramente sobre los lados del útero, en las dos fosas ilíacas, cuando el proceso es bilateral, porque cuando es unilateral, es mucho más frecuente encontrarlo a la izquierda, dado que las lesiones de la trompa de ese lado, alcanzan un porcentaje mucho mayor, tal como lo vimos en la anatomía patológica; en ciertas enfermas el dolor no está situado siempre exactamente del lado en donde radica la lesión porque el dolor se llega a sentir en los dos lados y en ocasiones sólo se llega a sentir del lado opuesto de donde está el proceso, (dolor paradójal) que en verdad es excepcional.

b) Irradiaciones.—Son diversas; el dolor puede irradiarse hacia la región lumbar, la región sacro-coxígea, cara interna de los muslos; sobre las vísceras que se encuentran en la pelvis, como en la vejiga produciendo una cistalgia, micciones dolorosas, polaquiuria, poliuria, o en el recto provocando trastornos de la defecación y sensación de pesantez en el perineo.

c) Intensidad.—Es variable, pudiendo ser espontáneo o provocado por las maniobras de exploración; se modifica sensiblemente por ciertas causas como por ejemplo, siguiendo la época en la cual se observa el dolor, verbi-gracia, durante el período menstrual y so-

bre todo premenstrual, el cual tiene una influencia desfavorable, ya que los dolores aumentan y obligan a las enfermas a guardar cama durante sus reglas, recobrando en los intervalos, una salud en apariencia perfecta; disminuye con el reposo y el decúbito. Puede ser difuso y poco acusado.

d) Forma.—Algunas enfermas sufren vivamente, de modo continuo y están condenadas por lo tanto a una inmovilidad completa (lo que es raro que se observe cuando se trata del padecimiento de marcha crónica); por lo general es discontinuo y sobreviene por crisis paroxísticas, provocadas por los viajes, la marcha, las fatigas, los coitos, la menstruación, etc. En algunas ocasiones puede presentarse bajo la forma de cólicos intensísimos que a veces terminan por la expulsión brusca de un líquido purulento o sero-mucoso: es la llamada descarga salpingiana y los cólicos, son los cólicos salpingianos de Kaltenbach, y que corresponderían a la contracción energética de la musculatura tubárica y uterina, seguida de la evacuación de parte del contenido de éstos órganos.

Las enfermas se quejan más de la constancia y tenacidad de los dolores que de su violencia.

El dolor no siempre está en relación con la extensión y el volumen del tumor anexial, porque se observan grandes bolsas quísticas y a pesar de ello, son indoloras y en cambio, pequeñas lesiones se acompañan de dolores intensos, independientemente de otra causa a quien pueda atribuírsele. Cuando el dolor llega a faltar, debemos pensar que se trata de lesiones salpingianas antiguas.

Flujo.—El escurrimiento que se observa durante las salpingitis es a veces bastante difícil de interpretar, porque muy bien puede venir del útero, como de las trompas.

Existe una leucorrea habitual, flujo cuyos caracteres necesariamente tendrán que variar, según del tipo anatomo-patológico de que se trate: si es una salpingitis quística purulenta, el escurrimiento será francamente purulento (pio-metrorrea); en los casos de infección puerperal que hayan originado las anexitis, el escurrimiento será fétido, sanguinolento, de color amarillo sucio; en otros casos se trata de un flujo de color amarillo verdoso, espeso, adherente, caracteres dados por la metritis concomitante.

En cuanto a la cantidad, es variable y así se pueden observar escurrimientos muy abundantes, hasta a los que apenas existen. Es abundante y casi súbito, cuando se comprime la región ovárica, por

tratarse entonces de un despeño debido a la evacuación intermitente y parcial de un saco tubárico en el útero y vagina.

Trastornos menstruales.—El criterio de los autores respecto a estos trastornos no está perfectamente unificado, porque mientras unos afirman que son frecuentes, otros dicen que lo son poco. Pero toda la diferencia estriba en la participación más o menos grande del ovario en los procesos inflamatorios anexiales y así, cuando encontremos a una paciente cuyos trastornos menstruales sean insignificantes, debemos pensar que el ovario está poco o casi nada interesado y lo está mucho cuando estos trastornos sean bastantes intensos. Y es muy verídico pensar de tal manera, porque es la ovulación la que desencadena los procesos catamenciales y si es en el ovario donde aquella tiene lugar, naturalmente que depende del grado de ataque del ovario para que la menstruación se vea más o menos trastornada.

Así pues, cuando estos trastornos existen, se presentan bajo aspectos variables y dependiendo tanto de la ovaritis, de la metritis, como de la salpingitis.

Estos trastornos pueden modificarse aún en la misma enferma y durante el curso del padecimiento.

Lo que más frecuentemente se halla es la irregularidad de ellas, ya sea en abundancia, en duración o en frecuencia. Ordinariamente la pérdida sanguínea está exagerada en cuanto a la cantidad; menorragias a veces muy persistente y que vuelven a aparecer a los 15 días o a las tres semanas; esta forma menorragica es atribuida injustamente a la metritis. Esta pérdida sanguínea puede producirse bajo la forma de verdaderas metrorragias y entonces se observa en los intervalos de las reglas, que como ya dijimos, pueden adelantarse en cuanto a su fecha de aparición normal. Las irregularidades por retraso de las mismas, se observan, pero son menos frecuentes.

En otras ocasiones las reglas llegan a ser muy dolorosas, muy difíciles hasta el grado de hacer que la enferma guarde cama cada vez que se presentan. Muchas veces el dolor máximo se presenta durante los días que preceden a las reglas (período pre-menstrual) y la aparición del escurrimiento sanguíneo es una sedación del dolor, más o menos marcada.

El período menstrual puede faltar, amenorrea que es excepcional y que cuando se produce, muy bien nos puede hacer pensar que se trata de un proceso tuberculoso, con repercusión genital, y sabe-

mos porqué: el organismo trata entonces de ahorrar esa sangre que se pierde mensualmente, como queriendo nivelar la anemia que produce la tuberculosis.

TRASTORNOS FUNCIONALES.— El interrogatorio por aparatos nos da datos, que por su extrema variedad, no nos pueden hacer pensar en una localización genital, si no es que antes hemos llegado a esa conclusión por el interrogatorio previo del aparato genital, ya que esas manifestaciones pueden enmascarar el padecimiento ginecológico.

Los datos suministrados no son más que la respuesta de un organismo que se defiende de un proceso patológico que en él se desarrolla y que según la intensidad del mismo, así también los síntomas serán más o menos alarmantes y predominarán en una u otra esfera, en la que reaccione más. Esta manera de reaccionar variará de un caso a otro, pero sí podemos asentar de manera categórica que el aparato que más reacciona, es el digestivo; el sistema nervioso y el aparato urinario lo hacen también, pero de una manera más discreta.

Aparato digestivo.— Los trastornos de este aparato son los siguientes: síntomas de dispepsia hiperácida, que son muy frecuentes; anorexia más o menos electiva y marcada; náuseas y vómitos, que muy frecuentemente aparecen; meteorismo y constipación; es excepcional que se halle diarrea. El cuadro digestivo puede degenerar en una enteritis muco-hemorrágica.

Sistema nervioso.—Es a veces tal la abundancia de las molestias subjetivas, psíquico-nerviosas, que complican grandemente la interpretación del padecimiento.

Se trata de enfermas muy nerviosas y muy excitables, hiperexcitabilidad del sistema nervioso que se traduce por los cambios bruscos del carácter, que es voluble e irregular; estas enfermas se vuelven apáticas, se les ve tristes y desesperadas; su moral se altera. Como la marcha es difícil, dolorosa y puede provocar crisis agudas y las enfermas bien lo saben, se desacostumbran a ella y todo esfuerzo muscular las fatiga y tratan de ahorrarse esa fatiga por la inmovilidad que están obligadas a guardar: de ahí la adinamia; es muy frecuente el insomnio, explicable por los dolores que sufren y que no les permite conciliar el sueño; tienen neuralgias diversas.

Aparato urinario.—También reacciona y lo hace por trastornos

funcionales tales como la disuria que puede revelarse por polaquiuria, diurna y nocturna, poliuria, micciones dolorosas o cistalgia.

SINTOMAS GENERALES.—Entre ellos, el que ocupa el primer lugar es la fiebre, que es sobre todo marcada cuando los fenómenos de perisalpingitis se añaden a los propios de la salpingitis. La forma que reviste la curva térmica es variable: se puede hallar la fiebre alta, de 39 y 40 grados, continua, con remisiones de un grado, característica de las formas agudas; fiebre moderada, con exacerbaciones vespertinas de 1 ó 2 grados, tipo intermitente de las sub-agudas; la temperatura queda poco menos que normal en las salpingitis crónicas, en que la desaparición de los fenómenos infecciosos llevan consigo la desaparición de la fiebre.

En algunos casos de salpingitis supuradas, en verdad excepcionales, la temperatura puede permanecer normal o subir apenas algunas décimas.

El pulso se encuentra siempre en relación con la temperatura: frecuente, hipotenso y pequeño cuando la fiebre es alta; normal cuando aquella no existe.

El estado general siempre se resiente y las enfermas adelgazan, Este enflaquecimiento es muy variable según las enfermas, pues unas enflaquecen de manera notable y otra, apenas si lo notan.

SIGNOS FISICOS.—Es la exploración física la que nos permite hacer el diagnóstico de los procesos inflamatorios de las trompas uterinas, por los preciosos datos que proporciona.

Inspección.—La inspección del abdomen revela a veces un abultamiento del mismo, apreciable al primer golpe de vista, pero este dato es tan inseguro que su valor es relativo porque como puede ser debido a una salpingitis quística voluminosa, también puede deberse a un quiste del ovario o a un fibroma uterino o ser debido al meteorismo concomitante. Este dato puede sólo ser recogido en las mujeres cuyo panículo adiposo sea escaso.

A veces se llega a observar una cierta quietud de la porción sub-umbilical del abdomen o una inversión del tipo respiratorio normal (la enferma trata de aminorar el dolor que tiene de esa manera y lo hace inconscientemente).

La inspección de los órganos genitales externos nos proporciona el dato de la presencia de un escurrimiento, signo que sólo nos dice que hay una metritis o bien, una salpingitis profluente.

Palpación.—La palpación de la parte baja del abdómen nos revela: a) una resistencia muscular más o menos acentuada que dificulta la exploración y la hace difícil; b) hiperestesia cutánea en el mismo sitio, que es poco frecuente y sólo se llega a observar en algunas salpingitis agudas; c) a la palpación profunda se nota el dolor que es más o menos vivo, de extensión variable, al nivel de las regiones anexiales y que más o menos limita exactamente la localización de las lesiones, pero siempre existe un punto doloroso, exquisito, situado más abajo y adentro del punto apendicular, cuando se trata de lesiones que están situadas en el lado derecho y en el punto salpingo-ovárico, que asienta en el tercio interno de la arcada crural, contra el orificio inguinal externo en su cuarto superior, cuando se trata de las izquierdas; d) tumefacción profunda que ocupa, en general, uno de los lados de la pequeña pelvis, en las fosas ilíacas, dura y dolorosa (cuando se trata de anexitis altas); es raro que el tumor esté tan desarrollado que pueda ser percibido y delimitarse por la sola palpación, y en todo caso sólo posible cuando la lesión fuera alta; e) la temperatura local tomada sobre la pared abdominal es casi siempre 4 ó 5 décimas más elevada del lado enfermo que del sano.

Estos signos exteriores en realidad carecen de valor si no se corroboran con los datos recogidos por los otros métodos de exploración, que son precisos.

Tacto vaginal.—Sólo nos proporciona datos incompletos. Nos da cuenta de la posición y dirección del cuello uterino, que puede estar desviado hacia adelante, cuando existe retroversión o cuando la salpingitis quística se halla situada en el espacio véstico-uterino; hacia atrás cuando el quiste ocupa el fondo de Douglas y empuja al cuerpo del útero hacia adelante; puede estar lateralizado, ocupando uno de los fondos de saco vaginales laterales y entonces está del lado opuesto de donde existe la lesión salpingiana; su movilidad, que es variable, que puede llegar hasta estar fijo por los procesos de perimetrosalpingitis que fijan el útero; doloroso por la metritis que existe; los fondos de saco se hallan empastados y dolorosos, ocupados (el posterior o los laterales, más raramente el anterior) por un tumor uni o bilateral, de volumen y consistencia variable, según de la forma anatomo-patológica que se considere.

Palpación bimanual.—La palpación vagino-abdominal es el modo de exploración por excelencia y es el solo medio de exámen que

nos permite llegar a un diagnóstico preciso e indicarnos al mismo tiempo la situación del útero. Nos da cuenta de los siguientes signos: a) movilidad del útero, que es variable yendo desde la movilidad casi normal hasta la fijeza casi completa, que entonces se halla como enclavado, por la existencia de las adherencias peri-uterinas que lo han inmovilizado; b) frecuentemente se halla desplazado en latero o retrodesviación; c) aumentado de volumen y doloroso cuando se le explora vivamente (por la metritis que coexiste con la anexitis.)

En los fondos de saco vaginales se encuentran datos que varían según se trate de una salpingitis simple o de una quística. En el primer caso pueden no ser palpables las trompas y sólo determinar sensación dolorosa en la región ocupada por ellas y cuando se trata de las formas ligeras, porque en las formas más acentuadas se palpan fácilmente los anexos y en especial las trompas como un cordón duro, grueso y flexuoso, a nivel de la desembocadura de las trompas en el útero. Cuando existe una perianexitis, se nota una tumefacción difusa, de límites imprecisos, inmóvil, dolorosa, en la que no se pueden distinguir la trompa y el ovario, cuando se introduce el dedo en el fondo de saco posterior.

Cuando se trata de una salpingitis quística, los caracteres físicos que se obtienen depende de si ésta es libre o adherente. Si el saco salpingiano es libre y lateral, se determina bien la forma, volumen, consistencia, etc. El volumen puede ser calculado por el espacio que existe entre el dedo vaginal que toca el polo inferior de la bolsa y el dedo abdominal que toca el polo superior, pero restando todo el espesor de la pared abdominal y la de los tejidos que separan el fondo de saco vaginal del tumor mismo, porque sucede, por ejemplo, que tratándose de un piosalpinx se encuentre un volumen menos grande durante la intervención quirúrgica que el indicado por la exploración.

Tacto rectal.—Este método de exploración, que debe ser practicado con dulzura y suavidad, es preciosísimo cuando se trata de estudiar las salpingitis adherentes a la cara posterior del útero y cara anterior del recto o cuando los anexos se encuentren prolapsados en el Douglas. Es practicado sobre todo en las vírgenes, pero sistemáticamente debe practicarse en todas las mujeres, porque combinado con la palpación abdominal da datos tan útiles como el vaginal y complementa los recogidos por esta última vía y agrega algunos más que escapan a la exploración vaginal. Permite además, precisar el asiento y la extensión de las lesiones.

La reunión armonizada y bien interpretada de los síntomas y signos recogidos y ya anotados, permite afirmar la realidad de una infección anexial.

En el estadio inicial de las salpingitis, el interrogatorio es con frecuencia más útil que la palpación, difícil de practicar y no siempre del todo inocua por los dolores intensos existentes y la tensión de las paredes abdominales por la irritación peritoneal que se halla en las agudas, inconveniente que se podría eliminar con la exploración bajo anestesia que provoca la relajación muscular y las contracciones reflejas, en todas aquellas mujeres nerviosas, de paredes resistentes o dolorosas o en las mujeres obesas, ayudados por la posición de Trendelenburg, pero entonces hay que tener muy en cuenta que una exploración amplia puede agravar el proceso porque se generalizaría, ya que no existiendo el control dado por el dolor de la enferma, se hiciera bruscamente y no se diera cuenta de ello el explorador y no debemos olvidar nunca que la experiencia enseña que la primera condición y deber terapéutico por cumplir es el reposo y el alejamiento de todas las influencias perjudiciales y nocivas y por lo tanto, el terapeuta puede seguir dos caminos en semejantes casos: o esperar que hayan terminado los fenómenos agudos para proceder a la exploración interna, o bien, si esto no se logra, entonces no debe por ello prescindir de hacerla, pero entonces la palpación será en extremo cuidadosa y delicada, para evitar la propación del proceso.

Pasando ahora revista a las diversas formas de salpingitis, agregaremos todas las particularidades inherentes a ellas.

Salpingitis catarral.—El hallazgo palpatorio es poco manifiesto, pero siempre existe una sensibilidad dolorosa a la presión a los lados del fondo uterino. Las trompas engrosadas como un cordón, escapan fácilmente de la mano que palpa y cuando se logra tenerlas, se aprecia que tienen el grosor de un lápiz y que son sensibles a la presión. Los síntomas generales son bastante acentuados. Esta forma es difícil de diagnosticar.

Salpingitis purulenta.—Se caracteriza por su curso clínico largo y febril. La palpación de las trompas es más evidente en este caso: se palpan como un tubo duro y del grosor de un pulgar, cerca de la pared pélvica o hacia el fondo de saco de Douglas. Los trastornos funcionales a que da lugar, son más acentuados y no hay lugar a que este tipo de salpingitis pase desapercibido y debe por lo tanto ser diagnosticada.

Piosalpinx.—Los síntomas generales son muy intensos y se presentan acompañadas del síndrome de supuración: calosfríos, sudores por las tardes, fiebre elevada con remisiones de uno o dos grados y enflaquecimiento rápido. El estado general se altera profundamente, tanto que la cara de la enferma no es ni rastro de lo que fué. Los procesos febriles se repiten. La anorexia es muy marcada. Todo este cuadro es el resultado de la reabsorción purulenta. Poco a poco aparecen los signos de la decadencia orgánica y de la caquexia.

En este caso la forma de la trompa es en maza, trompeta o tortora. Debido al grosor de las paredes infiltradas, sólo se encuentra algo de consistencia quística en los grandes píos que ya están a punto de perforarse.

En el piosalpinx, de la misma manera que en el caso de una salpingitis purulenta, la biometría hemática nos revela la existencia de una leucocitosis intensa (más de 15,000 leucocitos por milímetro cúbico); cuando el proceso es bilateral, el número de ellos puede llegar y llega en realidad, a 30 y 32,000 leucocitos, con polinucleosis.

Hidrosalpinx.—Las paredes del saco son más delgadas que en el caso anterior y por lo tanto, son más accesibles a la palpación, permitiendo al mismo tiempo que la fluctuación sea fácil de identificar. Su sintomatología es bastante pobre y sólo se reduce a manifestaciones vagas como sensación de peso y presión en la pelvis; los hidrosalpinx voluminosos dan lugar a manifestaciones semejantes a las que ocasionan cualquier otra clase de tumor localizado en la pequeña pelvis: síntomas de compresión de los nervios de las extremidades inferiores o bien, dan lugar a los signos de perimetritis causal consecutiva. El dolor a la presión falta con frecuencia en los procesos antiguos y en los recientes es menos intenso que en los casos de piosalpinx.

Algunas veces se encuentra un hidrosalpinx asociado con la existencia de un piosalpinx del lado opuesto, con lo cual se comprende que en estos casos, las manifestaciones objetivas y subjetivas induzcan a error en cuanto al detalle de poder discriminar estas dos formas.

A mayor abundamiento: el diagnóstico diferencial entre estas dos formas, en estado de pureza, es bien difícil de hacerlo en ocasiones. En favor del hidrosalpinx habla el descenso rápido y desaparición de la fiebre y en favor del piosalpinx habla una leucocitosis por arriba de 15,000 leucocitos.

La punción de los quistes nos podría resultar infiel, porque si se llega a aspirar un exudado seroso, sólo sería patognomónico del hidrosalpinx si se excluye con certeza la existencia de un exudado seroso intraperitoneal o de un ovario quístico que hubiera sido puncionado.

Hematosalpinx.—Los síntomas a que da lugar esta forma son pocos precisos y realmente para poder ser diagnosticada debe llevarse en la mente el prejuicio de su existencia cuando se encuentren los siguientes síntomas o signos: la supresión total de uno o varios períodos menstruales, amenorrea que no es definitiva, porque más regularmente se instalan las menstruaciones irregulares, tanto en cantidad como en las épocas de aparición, con frecuencia hemorragias en el intervalo de las reglas; aparición de dolores hipogástricos, con irradiaciones, cada cuatro semanas, en forma de crisis; la temperatura es normal o subfebril; cólicos intestinales y falsa diarrea; fenómenos de compresión (estreñimiento, disuria, etc.) Por la exploración puede encontrarse atresia de los segmentos genitales inferiores.

El diagnóstico exacto se haría por aspiración de sangre por la punción del quiste sanguíneo, cosa por otra parte, difícil de realizar y aún así, obteniendo sangre, no se podría pensar de manera segura que viniera del hematosalpinx, por venir de una vena o arteria que hubiera sido puncionada.

CAPITULO IV

EVOLUCION CLINICA

Cuando tratamos del capítulo de Anatomía Patológica dijimos que la evolución histo-patológica de las lesiones eran de capital importancia para instituir un tratamiento racional y adecuado y afirmamos que el conocimiento de esas transformaciones debía basarse en la evolución clínica del padecimiento.

Y así es en efecto, porque es la marcha de los síntomas y los signos, ya sean éstos progresivos en intensidad o regresivos, la que nos revela más o menos perfectamente y nos permite imaginar, lo que está sucediendo en el interior del organismo tal como si lo presenciáramos y entonces muy bien podemos mantenernos a la expectativa constantemente por lo que hace a la intervención armada o seguir adelante con la terapéutica médica que hubiéramos recomendado previamente, para procurar hasta donde sea posible y según la riqueza de nuestros recursos, evitar esas sorpresas y contingencias funestas tan desagradables que se observan cuando no se está seguro de la evolución que seguirá el padecimiento.

Y al ocuparnos ahora de esa evolución clínica, hablaremos de la marcha de éstas y de los accidentes a que puede dar lugar, sin ocuparnos ya de repetir los distintos estadios anatomo-patológicos por los que atraviesan las distintas formas, que ya más atrás tratamos.

MARCHA.—Es casi un axioma aquella conclusión, cuyo valor radica en la observación sistematizada de los casos y que afirma que la evolución más frecuente de las inflamaciones anexiales, es la marcha crónica de las mismas. Y decimos que casi es la regla, porque esa marcha puede revestir otros caracteres especiales que imprimen a la enfermedad una evolución más o menos distinta y que en seguida estudiaremos.

Bien es sabido que las enfermedades inflamatorias de las trompas uterinas son, a veces, los peldaños intermedios por los cuales, el padecimiento uterino escala la altura suficiente para llegar a con-

vertirse en padecimiento peritoneal, pudiendo llegar a ser éste mortal o no.

La marcha de las salpingitis puede ser: sobre-aguda, aguda, sub-aguda y crónica.

Marcha sobre-aguda, aguda y sub-aguda.—Los casos que tuvieran una marcha sobre-aguda, formas que son sumamente graves, serían excepcionales y son las que sobrevendrían sobre todo en las niñas, antes de la pubertad y en ocasión de una infección gonocócica sobre-añadida; son más raras en la edad adulta.

La característica peculiar de ellas, desde el punto de vista clínico, es la rapidez con que los accidentes, localizados en la pequeña pelvis, se generalizan al peritoneo, provocando en él accidentes de tal intensidad y gravedad que llevan muy rápidamente a las enfermas a las puertas de la muerte. Y son estos casos sobre-agudos los que dan lugar a los signos físicos menos acentuados, ya que las lesiones salpingianas voluminosas no han tenido tiempo de constituirse y sólo se observa que las trompas están simplemente hiperémicas y un poco aumentadas de volumen; es indudable entonces, que ellas solamente han servido de vehículo para que los gérmenes patógenos, indiscutiblemente hipervirulentos, que no han hecho más que desflorar la mucosa tubaria, llegaran a mocular al peritoneo desde el primer momento y entonces la salpingitis adquiriría una importancia secundaria frente a la infección peritoneal fulminante, que es la que domina el cuadro.

Instalada la salpingitis, los accidentes agudos del principio se han calmado aparentemente, atenuación de los síntomas lograda por la influencia del tratamiento médico prescrito: la enferma, al cabo de algunos días ha podido volver a sus ocupaciones y el médico cree en esos momentos que el padecimiento ha dejado de ser agudo para convertirse en crónico y que el peligro inmediato ha desaparecido; la enferma ya confiada, ejecuta ejercicios pesados, emprende caminatas fatigosas, sufre sacudidas violentas, etc., y repentinamente, bajo la influencia de una de las causas enumeradas o de un traumatismo, se pueden presentar nuevamente los accidentes agudos, recrudecimiento tan intenso que reviste una dramaticidad imponente y que en seguida se manifiesta por un síndrome abdominal agudo, que traduce la reacción peritoneal generalizada: los dolores son intensísimos, el vientre se timpaniza rápidamente, aparecen los vómitos incesantes: mucosos en el principio, son verdosos, porráceos después; la temperatura se eleva y llega a 39 y 40 grados; el pulso es

frecuente y pequeño. Esta infección generalizada al peritoneo crea una situación extremadamente grave, en la que la mayor parte de las veces el médico se encuentra inerte, desarmado, porque una intervención rapidísima, sin pérdida absoluta de tiempo, no es a veces capaz de detenerla, máxime que cuando llega es ya demasiado tarde y la enferma ha muerto, en el intervalo de pocas horas después de haberse iniciado el proceso, por la septicemia peritoneal, con cianosis y postración, y entonces sólo se asiste a la autopsia, que demuestra la existencia de pus en la cavidad abdominal, las asas intestinales congestionadas y recubiertas de falsas membranas, el apéndice se encuentra sano, las trompas simplemente congestionadas; el útero y la vagina no se hallan profundamente inflamadas.

Por fortuna no siempre se llega necesariamente al proceso peritonítico difuso, porque ya sea el que los gérmenes no sean tan virulentos o porque se dé tiempo al organismo para la organización rápida de adherencias, el proceso se enquistas y sólo es entonces local y después de algunos días de extremados cuidados y de reposo absoluto, la tempestad se calma, el proceso de perisalpingitis se apacigua más o menos completamente y otra vez renace la esperanza y la confianza, hasta que otra nueva crisis paroxística se repita bajo el amparo de las mismas causas ocasionales y ponga de nuevo a la enferma en la misma situación anterior, crisis que sobrevendrían con intervalos de calma, de duración muy variable: semanas, meses o años, pero que dejan después de su partida lesiones más acentuadas y más complejas que anteriormente y que llevan a la enferma a un estado grave y a la intervención quirúrgica en último grado.

Marcha crónica, remitente.—Después del episodio agudo, grave, las lesiones se enfrían paulatinamente y se hacen tolerables, pero pueden despertar y originar brotes inflamatorios más o menos vivos, a consecuencia de viajes, excesos de coito, de la menstruación, a veces infecciones generales: neumonía, gripe, etc. Entonces los dolores lumbares y abdominales adormecidos, se reavivan, aparecen los vómitos, la temperatura se eleva, hay taquicardia, el vientre se meteoriza, la palpación de las fosas ilíacas es muy dolorosa y reconoce la agravación de las lesiones anexiales preexistentes, que serían entonces más voluminosas y estarían envueltas en una ganga de perimetrosalpingitis. Y una vez más, bajo el régimen terapéutico, la enferma vuelve a un estado de salud suficiente para proporcionarle una existencia soportable, hasta que una nueva crisis estalle y se reanude otra vez el ciclo.

Cuando estos brotes inflamatorios son frecuentes, alteran de manera considerable el estado general de las enfermas; éstas sufren constantemente, son verdaderas inválidas condenadas a conservar durante tiempo indefinido, la posición del decúbito dorsal; su nutrición se resiente y adelgazan, languidecen, se caquetizan y sucumben entonces por los progresos de la infección crónica y de la desnutrición.

¿Cómo evolucionan clínicamente las salpingitis? Se trata de un proceso reciente o crónico, con tendencia a la curación o a la recidiva?

La contestación correcta a estas preguntas constituye el punto decisivo para establecer la indicación terapéutica, pero rotundamente afirmamos que la observación sistematizada de las enfermas, durante un tiempo largo, que siempre será corto relativamente si se toma en consideración lo que se quiere prever y remediar, deberá ser practicada en todos los casos.

Las salpingitis simples catarrales pueden y de hecho es, curar definitiva y completamente en cierto número de casos, a pesar de las lesiones anatómo-patológicas que entonces llegan a la restitución ad íntegrum, a veces por la evolución natural de la enfermedad, lo que ciertamente es poco común y otras veces bajo la influencia de un tratamiento bien indicado, por ejemplo, una desinfección esmeradísima de la mucosa uterina, cuando la fuente de infección sea la misma infección de ella. Otro factor de curación espontánea es la acción de la menopausia, pero realmente es rara esa circunstancia, porque las enfermas que curan ven llegar su curación antes de que traspongan la edad crítica.

Pero más ordinariamente la curación no es más que aparente, incompleta: las lesiones se extinguen más o menos completamente, pero no desaparecen del todo, los trastornos funcionales se aminoran paulatinamente pero siempre quedan algunas huellas materiales que pueden ser insignificantes y permanecer sileciosas definitivamente. En este caso hay curación clínica cuando no hay curación anatómica. Las molestias existentes no tienen gran valor para apreciar el grado de esa curación, porque a pesar de ser el proceso activo con seguridad, pueden faltar por completo los dolores, las menorragias son sospechosas y más si van acompañadas de elevación térmica y en cambio, la falta absoluta de ellas no permiten afirmar nada porque a pesar de ello pueden existir micro-organismos capaces de desarrollarse.

Pero también sucede que repentinamente el cuadro se presenta con sus accidentes graves, por la reactivación de aquel volcán anatómico aparentemente apagado y motivado por una causa inesperada y que puede ser determinante de una nueva infección o ser predisponente, en cuyo caso sería la lesión antigua la que diera origen al reavivamiento del proceso presente.

Debemos aceptar que después de las crisis paroxísticas sucesivas, las lesiones se agravan, las recaídas se instalan y sobrevendría una especie de estado de mal, en que los accesos agudos se repetirían cada vez más frecuentemente y cada vez más graves. Y entonces, cualesquiera que sea la forma anatomo-clínica de la enfermedad: salpingitis aguda o crónica, simple o quística, llegaría a ser grave, definitiva e incurable por medio del tratamiento conservador y abstencionista.

En general, puede decirse que cuanto más tiempo ha pasado desde el primer acceso febril sin reanudarse las manifestaciones de la enfermedad, tanto menor es el peligro de que estas últimas se repitan, de que aparezca una recidiva o de que existan gérmenes aptos para desarrollarse. Cuando ha pasado poco tiempo después de terminar la enfermedad clínicamente, no es probable que el proceso esté curado por completo y se considerarían como casos susceptibles de prolongarse los que ya han presentado una o varias recidivas.

COMPLICACIONES.— La evolución de las salpingitis, tal como la acabamos de anotar, puede ser perturbada por la aparición de las complicaciones, accidentes que siempre llevan aparejados consigo una agravación de la enfermedad.

Afortunadamente estas complicaciones son poco frecuentes y más si tienen en consideración la cantidad de las salpingitis en relación con la presentación de ellas.

Estas complicaciones principalmente son: A.—La ruptura del saco salpingiano; B.—La abertura del mismo en uno de los órganos con los que ha contraído adherencias; C.—Las torsiones pediculares y D.—La oclusión intestinal.

A.—*Rupturas.*—La rotura del saco salpingiano es un accidente terrible y tanto más, que si no se interviene inmediatamente cuando se produce, se termina fatalmente por la muerte cuando se trata de un proceso purulento enquistado.

Es una complicación que debe preverse y conocerse bien, porque un diagnóstico inmediato permite algunas veces intervenir a

tiempo para salvar la vida de la paciente, pero desgraciadamente este diagnóstico la mayor parte de las veces es muy difícil de establecer y no es más que la aparición de los signos y síntomas de la peritonitis, lo que hace que se establezca.

Se anuncia por un dolor repentino, extremadamente violento, en puñetazo, localizado en la pequeña pelvis, ya sea a la derecha o a la izquierda. Es tan intenso, tan fulminante, que la enferma tiene conciencia clara de que su estado ha empeorado. Pero otras veces hay, por el contrario, una sedación notable pero pasajera de los síntomas, disminución tan patente que puede hacer pensar a una persona no avisada y que no lleve en la mente la creencia de la posibilidad de la producción de este accidente, que se trata de una disminución definitiva, pero por desgracia no es así, porque no se trata más de que una calma engañosa, período de descanso y de confianza para aquella persona que se halla en los umbrales de la muerte y que aquella calma es como un rayo de sol que ha llegado a alumbrar las tinieblas en que se encuentra y que después de irse, la encierra en un caos más horrible aún. Se explica bien por la desaparición como por encanto de los dolores que como son provocados por la tensión de la bolsa salpingiana, naturalmente que cesan cuando esa bolsa se ha roto. Pero horas después, el cuadro catastrófico aparece y la peritonitis generalizada se hace patente, irrupción fatal.

Esto es lo que acontecería cuando la ruptura se hubiera hecho bruscamente y se tratara de un piosalpinx, ya que las manifestaciones que acompañan a esas rupturas en su principio, suceden accidentes variables que dependen de la naturaleza del contenido tubárico. Si se trata de la ruptura de un hidrosalpinx, el cuadro es poco grave y la reabsorción del líquido seroso se hace por el peritoneo sin gran reacción por parte del mismo. Si es un hematosalpinx, la secuela que deja su ruptura es la formación de un hematocele y muy raras veces ocasiona una peritonitis aguda.

Cuando la irrupción del pus en la cavidad abdominal no es brusca sino lenta, en un sitio limitado por las adherencias anteriores, entonces los fenómenos son limitados por las mismas adherencias que han logrado encapsular ese pus y entonces la peritonitis sería localizada y las manifestaciones a que daría lugar se calmarían al cabo de algunos días.

Algunos autores extranjeros han llegado a observar casos de inflamaciones agudas de las trompas de Falopio en que había abundante secreción de pus que se derramaba en la cavidad abdominal

por el ostium peritoneal sin determinar procesos inflamatorios de la serosa peritoneal.

La complicación ruptura es rara y se produce bajo la influencia de causas diversas: esfuerzos exagerados, traumatismos y contusiones del bajo vientre, coito violento, exploración brusca del médico que constituiría una causa imperdonable; el embarazo y el parto también pueden ser causa eficiente de esa ruptura. Cuando es espontáneo se debe al adelgazamiento progresivo y ulceración consecutiva de la pared de la bolsa.

B.—Aberturas. — Las bolsas salpingianas habiendo contraído adherencias con los órganos vecinos, pueden abrirse en uno de ellos.

Cuando se hace en la vagina, sobreviene y muy rápidamente la curación clínica del proceso, que es casi la regla. Obraría entonces esa abertura espontánea como una colpotomía que sería anterior o posterior, según se hubiera abierto en el fondo de saco vaginal anterior o posterior respectivamente.

Las salpingitis supuradas abiertas en la vejiga son raras, pero se observan. Los fenómenos precursores de la perforación, son: pesantez al nivel de la vejiga, tenesmo vesical, ligeros signos de cistitis. En el momento de la abertura sería: imperiosa necesidad de orinar, orina que sería seguida por la emisión de una cantidad de pus fétido, mezclado de sangre, a veces abundante, apareciendo bruscamente en una enferma presa de intensos dolores pélvicos, temperatura elevada, estado general grave y en la que la evacuación del pus es seguida de un alivio inmenso. Es sólo la piuria lo que llama la atención para hacer el diagnóstico y siempre es reconocida cuando se hace el examen sistemático de las orinas. La cistitis acompaña siempre a este accidente, que también deja como consecuencia una fistula, que por su persistencia puede llegar a constituir el camino para que más tarde dé infecciones que opacarían la gravedad de la salpingitis por la producción de una pielonefritis, que para producirse hubieran tenido necesariamente los gérmenes que seguir la vía ascendente.

La perforación puede hacerse más frecuentemente en el intestino, particularmente en el recto. En este caso la evolución es menos favorable, porque comunicando con esa cavidad infectada, es asiento de supuraciones y formación de fistulas interminables, que complican la infección primitiva, agravando el estado general y causando accidentes irreparables como es la caquexia. Esta abertura se anuncia por una brusca evacuación del pus por el recto, precedida

de fenómenos más o menos escandalosos: cólicos intestinales, deseos imperiosos de evacuar el vientre, tenesmo, diarrea muco-membranosa, que está en relación con la rectitis existente.

La evacuación del pus puede ser completa; otras veces la bolsa se vacía y se llena alternativamente: la evacuación es entonces incompleta y es cuando se constituye un trayecto fistuloso permanente.

También, aunque raramente, puede verificarse esta abertura en la pared abdominal. Entonces se forma un plastrón duro que se reblandece en un punto, a cuyo nivel se ulcera la piel después de enrojecerse y el pus encuentra salida hacia el exterior. Puede también establecerse una fístula con todos sus inconvenientes.

C.-Torsión de los anexos.-Esta complicación singular, así como las dos anteriores, son patrimonio exclusivo de las salpingitis quísticas y de éstas es el hidrosalpinx el que más frecuentemente lo sufre, por la mayor movilidad de que goza y por su falta constante de adherencias.

El pedículo del quiste, sobre todo en su tercio interno, se tuerce sobre sí mismo y describe una vuelta de espira, vuelta que puede ser única o múltiple. Hay entonces una detención de la circulación en el tumor, las venas y arterias cesan de cumplir su cometido y se asiste a los accidentes de congestión intensa y después el esfacelo.

Los signos reveladores de este accidente difieren según que la torsión se haya hecho de manera brusca o lenta.

Las torsiones lentas, crónicas, son incompletas y los signos a que dan lugar son poco marcados: dolor persistente y aumento de volumen del tumor, pero es difícil diferenciar por estos signos, otros casos, susceptibles de dar la misma sintomatología y entonces sólo se reconocen en la intervención: son verdaderos hallazgos operativos.

Las torsiones completas son las que conducen al esfacelo y como consecuencia, la ruptura de ellas, reveladas por la brusca aparición de los accidentes y a las reacciones abdominales agudas.

Las bruscas, con estrangulamiento completo, son reveladas por un dolor vivo, muy agudo, de tal intensidad, que puede provocar un síncope, vómitos, taquicardia, facies pálida. En estas condiciones se piensa que se trata de una peritonitis generalizada, pero la fiebre que es tardía, es la que permite el diagnóstico diferencial y hace

pensar en el estrangulamiento; el tumor es más sensible y se halla aumentado de volumen.

D.—*Oclusión intestinal*.—Como complicación de las salpingitis es excepcional. Puede ser aguda cuando una de las circunvoluciones intestinales se adhiere a la masa anexial inflamada o bien, por el aplastamiento del intestino por una brida de neoformación. Es crónica por la producción de un estrechamiento debido a un proceso de pericolicitis o perisigmoiditis, consecutivos a la salpingitis.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO

Una vez en posesión de los conocimientos, que en capítulos anteriores se han relatado, llegamos al problema interesantísimo del diagnóstico, cuya significación no hace falta anotar porque está en la mente de todo médico. Al diagnóstico, síntesis patológica de un Yo, se llega por la armonización e interpretación correcta de los signos y síntomas obtenidos durante el estudio clínico de la enferma. Ya a través de los capítulos precedentes hemos dicho, siempre entre líneas, algo de él y de su importancia y quizá lo hemos adelantado algo. Y ahora, al abordarlo, al hacer del estudio analítico el sintético, diremos que llegar al diagnóstico de salpingitis, problema muy arduo frecuentemente, que se plantea de modo diferente según que se trate de una salpingitis simple, sin aumento apreciable del volumen de los anexos o de las salpingitis quísticas, es, en ocasiones, tan fácil y sencillo, que él mismo salta a la vista, grita (permítasenos la frase) de tal manera, que el clínico menos diestro, el médico militante en general, no encuentra dificultades para hacerlo; no es entonces obra de especialista el llegar a su conocimiento; pero al lado de estas formas tan palpables se hallan otros casos, completamente opuestos, en que el diagnóstico es sumamente espinoso y en que el ginecólogo más experimentado se encuentra como en un callejón sin salida y ¿qué cirujano especialista en afecciones ginecológicas no ha comprobado la verdad de esta aseveración? y entonces es cuando entran en juego procesos mentales como son el diagnóstico preparatorio, que es de analogía, el diagnóstico por exclusión, que siempre es de reserva, hasta que un tratamiento de prueba lo saca de la duda, corroborando hasta entonces el diagnóstico de presunción hecho o lo rectifica.

Todos los errores se cometen y los casos se multiplican, porque no hay que pedir a la clínica más de lo que la clínica pueda dar, aun con ayuda del laboratorio, máxime que muchas veces la exploración no es completa, porque la palpación no puede realizarse en los períodos agudos tan completamente como uno deseara.

Cuando las enfermedades evolucionan de la misma manera y dan lugar a sensaciones semejantes en la exploración, no es posible que no se confundan y esforzarse en discutir signos teóricos que la mayor parte de las veces los acontecimientos desmienten al día siguiente, es perder el tiempo.

Ahora bien, cuando estos errores se cometen, lo son siempre por las mismas causas y en un mismo sentido y son los hematoceles pélvicos, los pequeños quistes del ovario, los fibromas de la pared posterior del útero, los que son tomados como salpingitis. Estas son cada día más fácilmente reconocibles, pero cuando se llega a conocer la extrema variedad de los aspectos que presentan, su extremo poliformismo, la imaginación del médico se ve tentada a forjarlas y complicarlas más aún de lo que en realidad es y por lo tanto, se extravía.

Así pues, si se quieren evitar hasta donde sean posibles esos errores diagnósticos, hace falta recordar los síntomas principales que caracterizan a las salpingitis y cuando se encuentre el médico en presencia de un útero de dimensiones normales, a cuyo lado se hallan masas más o menos voluminosas, altas o bajas, cerca de los cuernos o cerca del cuello, lejos de los fondos de saco o por el contrario, en contacto con las paredes vaginales que han perdido su blandura, cuando estas masas sean dolorosas a la presión y estén sujetas a procesos inflamatorios súbitos, seguidos de periodos de calma y de recaídas y a veces de accidentes temibles, se está en pleno derecho cuando se piensa en la existencia de una anexitis y entonces habrá menos probabilidades de cometer los errores en esta afección. Pero no es suficiente saber que se está en presencia de una salpingitis; es necesario darse cuenta de las lesiones que las acompañan, porque de ahí se desprende la conducta terapéutica que haya que seguirse. Hace falta tocar y darse cuenta clara de las lesiones que la palpación muestra de manera obscura para "objetizar las sensaciones."

Las dificultades especiales del diagnóstico aumentan también por la combinación frecuente de las anexitis con la peritonitis y las celulitis pélvicas, así como por la coexistencia de otras afecciones genitales, tales como las anomalías de posición, tumores, la existencia simultánea de un embarazo, que hacen más difícil la interpretación de las mismas.

A mayor abundamiento: es a veces bien difícil y con el vientre abierto y con las lesiones bajo los ojos, emitir un juicio certero y

preciso sobre la naturaleza exacta de ciertas afecciones pélvicas por las adherencias, las tumefacciones, las colecciones peri-uterinas ane-
xiales o extra-tubáricas, por presentar los aspectos más variados y
los más contradictorios.

Hacer el diagnóstico cuando las lesiones están al descubierto origina contratiempos y sinsabores, ya que el programa operatorio deberá ser modificado y la técnica por seguir deberá ajustarse a las circunstancias y aunque el verdadero cirujano es capaz de remediarlo por la rápida comprensión de los hechos, la habilidad y el correcto dominio de la técnica, la tendencia científica nos lleva a buscar la mejor manera de evitar tantos errores cuantos nos sean posibles, procurando acertar siempre, despojándonos en el momento de las inferencias de toda preocupación.

Todas estas consideraciones llevan como única finalidad la siguiente: frente a una enferma en que el diagnóstico de salpingitis sea patente, no precipitarse en lanzarlo hasta que no hayamos llegado a un diagnóstico integral, lo más completo, porque ¿qué hemos ganado al decir que tenemos ante nosotros una salpingitis o una salpingo-ovaritis, si no tenemos en nuestro poder el conocimiento de su naturaleza anatómica o si desconocemos su origen o si no prevenimos las complicaciones, por ejemplo? Porque saber todo esto nos permite instituir un tratamiento más racional y completo, médico o quirúrgico, según la forma anatómica diagnosticada. Y en el caso de usarlo aún más, reuniendo todos los signos y síntomas positivos hallados y procurar amoldarlos con los que la Patología enseña, no siempre posible pero sí factible, reservándonos en ocasiones el diagnóstico hasta que exploraciones posteriores lo hayan afirmado.

Para evitarnos los errores diagnósticos, si no todos que sería el ideal, sí cuando menos los más posibles, nosotros al tratar de llegar al conocimiento de la existencia de las lesiones inflamatorias de las trompas uterinas, lo haremos paso a paso, desmembrando el diagnóstico integral en los distintos que lo componen, estudio verdaderamente didáctico y que quizá no encajaría en la índole de un trabajo como el presente, pero si procedemos así, contraviniendo todo lo estatuido, lo hacemos por dos razones: tratar de evitar los errores y porque cada uno de esos diagnósticos parciales tienen su importancia, sobre todo si pensamos en el aspecto terapéutico que es nuestra primordial preocupación.

Al estudiar sucesivamente los diagnósticos, anatómico general, topográfico, patológico, etiológico, etc., lo haremos sin detenernos mucho en ellos, ya que en lo que llevamos escrito hasta este momento se encontrará más o menos detalladamente todos los elementos necesarios para redondearlos completamente y solamente cuando toquemos el diferencial nos detendremos un poco más, porque está ahí el quid de la cuestión y es el que nos va a permitir resolver muchos aspectos del problema diagnóstico.

ANATOMICO GENERAL. — El primer punto elemental que hay que resolver es saber si la paciente que tenemos a la vista es o no, una enferma ginecológica. Naturalmente que este punto no ofrece en la casi totalidad de los casos, ninguna dificultad, pero no por eso olvidemos que muchas enfermas ginecológicas presentan cuadros sintomáticos de tal intensidad que enmascaran el padecimiento genital y recíprocamente y no me refiero a aquellos que presentan una marcha aguda con reacción peritoneal, porque presentan modalidades de las que nos ocuparemos más adelante. Esos cuadros sintomáticos son los siguientes: digestivo (anorexia, dispepsia, estreñimiento, vientre abultado, enflaquecimiento); cardíaco (palpitaciones, síndromes anginosos frustrados o velados, sofocación); nervioso (desvanecimientos, vértigos, histerismo); urinario (disuria, polaquiuria, retención de orina) y rectal (estreñimiento, pujo y tenesmo).

Quando se nos presente el síndrome ginecológico que consiste en dismenorreas, trastornos menstruales, leucorreas, metrorragias, la duda casi queda descartada (en seguida diremos por qué es casi) y pensaremos que esa enferma se halla afectada de un padecimiento de origen genital. Pero cuando no se encuentre ese síndrome en una enferma que no se queja de la cintura, lo que hace que nos inclinemos hacia un padecimiento de la esfera genital, es cuando por el interrogatorio o la inspección general obtenemos los siguientes datos: a) la mujer es casada y no ha tenido hijos (estéril absoluta); b) cuando los ha tenido y ya hace algunos años que no los tiene (estéril relativa); c) cuando está manchada de la cara (máscara ginecológica); d) cuando le duelen "los riñones o los muslos" (algias pélvicas); e) cuando tiene el vientre muy grande en relación con su estado general; f) cuando ha tenido abortos.

Ahora bien, cuando se está en posesión de los síntomas de un síndrome ginecológico más o menos completo, en el 95% de los casos el padecimiento genital es patente; el 5% estará representado

por aquellos en que a pesar de que se presente ese síndrome, se trata de ginecológicas falsas, porque por ejemplo: la amenorrea puede hallarse cuando existe una cloro-anemia, una tuberculosis, el paludismo, brightismo o miseria fisiológica; la leucorrea cuando hay cloroanemia, escrofulosis o se está en los primeros meses de un embarazo; las metrorragias cuando se trata de enfermas hemofílicas, escorbúticas, cardíacas descompensadas o afectas de otras enfermedades hemorragíparas; la dismenorrea se puede encontrar en los histéricas.

Cuando se tienen presentes todas estas eventualidades, fácil será asentar el diagnóstico anatómico y de que en verdad se trata de una paciente genital, ya sea porque profundicemos cuando halleemos un síntoma que nos hable de la esfera genital, en cuyo caso se investigarán otros más o porque en la exploración se encuentre algo que nos oriente hacia el mismo y haga que nos detengamos más en su búsqueda y finalmente en el diagnóstico.

ANATOMO-TOPOGRAFICO.—Para localizar topográficamente la lesión genital y poderla referir a las trompas uterinas, nos valemos de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración física. Los obtenidos por la anamnesis los consideramos de presunción y los otros, de certeza. Y hacemos esta división porque los síntomas subjetivos u objetivos propios de las salpingitis (flujos, dolores, dismenorreas) pueden ser confundidos con los de una metritis o con los de otras afecciones genitales, naturalmente que con ciertas diferencias más o menos acentuadas y que las trataremos al hablar del diagnóstico diferencial. Pero siempre es interesante recogerlos, ya que por ejemplo, entre los antecedentes podemos anotar la previa existencia de una blenorragia anterior, cervical o uretral, de un parto séptico o prolongado que haya ocasionado una infección posterior o de un aborto provocado, datos que nos guían hacia la localización salpingiana y más si logramos comprobar de que el padecimiento es ya crónico, porque las enfermas ya han sufrido anteriormente inflamaciones anexiales, y es despertado, de vez en cuando, ocasionando dolores y las demás molestias propias de estos procesos inflamatorios de los anexos, en ocasión de una menstruación u otras causas ocasionales o predisponentes.

Pero los signos verdaderos, los que de manera segura nos llevan a pensar en el acontamiento de la lesión en las trompas, son los recogidos por la exploración, que en ocasiones sólo revelará un dolor intenso a nivel de las trompas por la palpación abdominal (en

los casos agudos y sub-agudos de preferencia), pero que luego por la palpación vagino-abdominal recogemos los siguientes: facilidad de la palpación de las trompas a un lado del útero (normalmente no se pueden palpar) o bien, se nota la existencia de un tumor en el lugar de los anexos; la escasa movilidad de los mismos, encontrados en el Douglas o cerca de la pared pélvica; la forma ondulada de las trompas y su configuración en maza, en corneta (en casos de retención de pus o de líquidos serosos); la sensibilidad dolorosa al intentar movilizar los anexos.

ANATOMO-PATOLOGICO.—Del estado en que se hallan las lesiones inflamatorias salpingianas, nos informamos tanto por el examen somático como por el interrogatorio y los exámenes de laboratorio.

En las salpingitis simples, sin aumento volumétrico de las trompas la palpación bimanual nos la hace suponer, al mismo tiempo que en las formas crónicas, hipertróficas y atróficas, se notan las trompas como un cordón duro, flexuoso y no muy doloroso.

La salpingitis purulenta se nos revela por su curso clínico largo y por la existencia de la fiebre, los antecedentes de un aborto o parto sépticos, las maniobras intrauterinas verificadas con insuficiente asepsia. Las trompas de Falopio son más palpables y mucho más dolorosas. La biometría hemática nos revela una intensa leucocitosis con predominio de los polinucleares.

El hidrosalpinx se nos hace patente por su evolución indolora y apirética, en su extrema movilidad al palparlo, en su consistencia elástica o renitente, la fluctuación más o menos franca y fácil de identificar por la delgadez de sus paredes. El signo de Laudau nos puede guiar también y consiste en sentir cierta resistencia elástica o renitente cuando el hidrosalpinx está colocado detrás del útero y éste es rechazado hacia atrás (es como si el útero se apoyara sobre un balón de caucho), volviendo a su posición anterior cuando cesa la presión ejercida sobre la matriz.

El hematosalpinx se logra diagnosticar cuando por el interrogatorio se sospeche la existencia de un embarazo tubárico detenido en su evolución, basándonos en los signos ordinarios de esta afección, porque el consecutivo a una paquisalpingitis hemorrágica es imposible de diagnosticar y distinguir clínicamente y su diagnóstico es sólo posible en el momento de la intervención quirúrgica. El grosor de las paredes del hematosalpinx es más considerable que el de la forma anterior. La aspiración de sangre mediante sangre puede acla-

rar, pero parcialmente el diagnóstico, por lo que ya anotamos en un capítulo anterior.

El piosalpinx se distingue por su evolución febril y dolorosa; el grosor de las paredes del saco es mucho mayor por las adherencias que fijan y engloban el tumor. La forma de éste es redondeada u ovalada, situado a los lados del útero (éste puede delimitarse perfectamente imprimiéndole al cuello uterino movimientos de lateralidad). La fórmula leucocitaria revela hiperleucocitosis con polinucleosis; los glóbulos rojos disminuyen. Cuando los glóbulos blancos llegan a 12 y 13.000 por mm. cúbico y el porcentaje de los polinucleares es de 80 - 85%, se afirma la existencia del pus; cuando es de 10 a 11.000 o no hay pus o es poco virulento.

ETIOLOGICO. — La observación cuidadosa de todos los datos clínicos como son el interrogatorio cuidadoso de los antecedentes patológicos, del padecimiento actual, las circunstancias en que la enfermedad ha aparecido, los síntomas locales, el curso clínico y las manifestaciones que le han precedido, éxito o fracaso del tratamiento empleado, es lo que permite diagnosticar la etiología de los tumores anexiales inflamatorios.

El quererlo hacer por la investigación del agente causal es casi sólo posible en la gonorrea y eso no siempre por la ausencia del gonococo, que no por eso excluye la posibilidad de la naturaleza gonocócica de una inflamación anexial. En los otros casos es imposible, porque la presencia del estreptococo u otros piógenos en la secreción vaginal o cervical carece de valor diagnóstico.

El diagnóstico específico no responde suficientemente a lo que se esperaba de él.

Cuando los síntomas anamnésicos nos revelan una blenorragia anterior (flujo, escozor uretral, tenesmo vesical, vulvitis, bartolinitis) la etiología de la salpingitis queda aclarada y si a eso agregamos la bilateralidad frecuente de los procesos gonocócicos, la tendencia a la recidiva, en ocasión de la menstruación o de un género de vida inadecuado, son datos que nos llevan de la mano para incriminar al gonococo como el responsable de la salpingitis.

Cuando se trata de un tumor anexial que aparece después del puerperio o consecutivamente a un aborto o manobra intrauterina, de cualquier clase, que ofrece desarrollo unilateral y que cede a menudo rápidamente a un tratamiento adecuado, se puede pensar y con razón en la salpingitis puerperal y en que el estreptococo es el responsable.

Si los antecedentes patológicos hablan de alguna tara tuberculosa de cualquier naturaleza y hay síntomas de dismenorrea o amenorreicos y se encuentra bilateralidad del proceso, es el bacilo de Koch el que ha producido los trastornos. Entonces las adherencias con el intestino acostumbran a ser fuertes y lardáceas. Y si por medio de un tratamiento conservador adecuado no se consigue la regresión del tumor anexial, podemos pensar más seguramente en el origen tuberculoso de la lesión.

Si en el curso de una enfermedad infecciosa generalizada, se nos presentan síntomas de una afección anexial y lo comprobamos con la exploración física, y los antecedentes nos indican que anteriormente no había habido nada por ese lado, es el agente causal de la enfermedad infecciosa la que ha producido la salpingitis secundaria y entonces no sería más que una localización del padecimiento general.

Cuando estemos frente a un hidro o hematosalpinx y como no podemos invocar en su producción ningún agente infeccioso, entonces la etiología estará representada por los trastornos congestivos de la pelvis menor.

FISIO-PATOLOGICO.—Principalmente se hallan alteradas dos funciones, pero sobre todo una de ellas debe ser diagnosticada lo más fielmente que se pueda: es la que se refiere a la función concepcional, porque las alteraciones inflamatorias de las trompas de Falopio pueden traer consigo la esterilidad. Sobre este punto tan importante, haremos consideraciones más extensas cuando hablemos del pronóstico.

La otra función alterada es la de la menstruación. Su diagnóstico es fácil y es dado por los datos anamnésticos, ya que el interrogatorio nos da cuenta de la irregularidad de las reglas en duración, fecha de aparición, cantidad, etc. Los trastornos menstruales son más acentuados cuando el ovario se encuentra mucho más lesionado.

SINDROMICO.—El cuadro sindrómico ginecológico a que dan lugar las salpingitis agudas, encajan perfectamente en el síndrome abdominal agudo.

Se caracteriza por los siguientes síntomas: principio brusco e intenso; sensibilidad dolorosa del hipogastrio, eructos, vómitos, constipación, fiebre elevada, pulso frecuente e hipotenso, defensa muscular abdominal baja, meteorismo.

Al principio los síntomas no parecen obedecer a una afección

genital y generalmente domina la impresión de una peritonitis y la localización derecha predominante hace pensar que se trate de una apendicitis aguda perforada. Pero los datos siguientes nos orientan hacia las lesiones salpingianas: aumento de la tensión parietal en el bajo vientre mientras que la región superior del abdomen queda libre; al cabo de algunas horas el proceso se aclara y los fenómenos de peritonitis tienen cierta tendencia a localizarse en la región inferior del abdomen (pero hay que prestar gran atención al cuadro para que no vaya a pasar desapercibido el momento oportuno de una intervención quirúrgica).

En cuanto a la apendicitis, el proceso clínico demuestra su localización en la fosa iliaca derecha, la sensibilidad dolorosa y la defensa muscular están situadas más arriba y va disminuyendo en dirección de la pequeña pelvis (síntoma inseguro cuando el apéndice está situado profundamente en la pelvis menor). La fiebre, el número de leucocitos y la fórmula sanguínea no nos dicen nada, porque acostumbran ser iguales. Hay que tener en cuenta que el foco en frecuencia decreciente está en el apéndice, trompa, vesícula, estrangulamiento, perforación, brida, tumor, estenosis, embarazo ectópico, etc. Y hasta cierto punto, tiene muy poca importancia diagnóstica y terapéutica determinar si es una apendicitis difusa o se trata de una complicación de un proceso genital.

Los cuadros clínicos que a primera vista pueden simular la propagación de un proceso inflamatorio por presentar síntomas semejantes a los descritos, son: la ruptura de un embarazo ectópico, capaz de originar la hemorragia cataclísmica; torsión del pedículo de un quiste ovárico o torsión del pedículo de los anexos normales, lo que es muy excepcional.

En cuanto a la ruptura reciente de un embarazo extrauterino, se apoya en la comprobación de la anemia y del derrame sanguíneo en la cavidad abdominal, unido a la existencia de los síntomas de un embarazo (la temperatura, la aceleración del pulso, el número de leucocitos y el tiempo de sedimentación de los hematíes, no son signos diferenciales).

La torsión del pedículo del quiste ovárico o de los anexos normales evolucionan con fenómenos alarmantes de irritación peritoneal y la tensión de las paredes abdominales y la sensibilidad dolorosa del lado correspondiente son muy pronunciadas. La falta de un tumor quístico poco después de comenzar la enfermedad, habla siem-

pre en contra del tumor ovárico, porque para constituirse una tumoración inflamatoria es necesario en general cierto tiempo (cuando existan dudas vale mejor practicar la expectación armada, ya que tanto en un caso como en el otro, no se pierda nada con ello). La temperatura y el pulso ascienden rápidamente, aunque rara vez alcanzan la altura de un proceso inflamatorio. En la rotación del pedículo disminuyen rápidamente todos los síntomas y en especial la fiebre, en tanto que en la anexitis persiste esta última aumentando las molestias y apareciendo la leucocitosis.

Una lesión artificial penetrante, como la perforación de los fondos de saco vaginales, cuello o cuerpo uterino, se distingue por la comprobación de la lesión.

Otro síndrome que puede diagnosticarse es el febril, caracterizado por la fiebre, escalofríos y sudores. Nos indica la existencia segura de procesos de reabsorción, tanto de líquidos purulentos o serosos; también nos dice de la existencia de pus en el proceso.

DIFERENCIAL.—El asunto diagnóstico más importante es el de saber diferenciar los procesos inflamatorios de las trompas con las otras afecciones pelvianas, pues no hay ninguna de éstas con las cuales no puedan ser confundidas las salpingitis y de ahí que este diagnóstico presente muy serias dificultades. En muchos casos para poderlo establecer, se debe recurrir y de hecho se recurre, al factor evolución clínica, factor tiempo que cuando los signos diferentes son vagos o sutiles o están escondidos, permite llegar a una conclusión, pero no es decisivo porque ni aún así es posible dejar de cometer las equivocaciones.

Para simplificar más aún este diagnóstico, veremos todos aquellos padecimientos que se pueden confundir con las salpingitis simples, no quísticas, porque ellos mismos no se acompañan de tumor apreciable por los métodos exploratorios y en otro párrafo veremos los que se acompañan principalmente de tumores pélvicos o abdominales y éstos en relación con las salpingitis quísticas.

1c.—*Las anexitis simples, catarrales o crónicas*, pero no la salpingitis purulenta, porque ésta cuando se presenta no deja lugar a duda, sin procesos de perianexitis, pueden ser confundidas con:

a) *Las metritis simples.*—La salpingitis catarral es casi siempre difícil de distinguir de las metritis que la acompañan, la precede de ordinario y presenta los mismos signos funcionales. Las dos

afecciones están raramente aisladas, porque la metritis se acompaña de un ligero grado de salpingitis, insuficiente para dar lugar a signos físicos. En los casos ordinarios se diferencian en lo siguiente: los trastornos funcionales de las salpingitis son más acentuadas, lo mismo que la intensidad de los dolores, espontáneos o provocados por el tacto vaginal, que son más laterales, localizados en las regiones ilíacas y son despertados por la exploración de los fondos de saco vaginales y por la palpación del ovario, aún cuando éste no esté lesionado.

b) *Las neuralgias pélvicas* de las histéricas y de las neuro-ártríticas, en las cuales el dolor ovárico es más característico con todas sus irradiaciones. En este caso el diagnóstico es bien difícil, pero nos ayudan para llegar a él, los antecedentes patológicos, el comienzo y evolución del padecimiento actual con su cortejo sintomático. aunque éste se reduzca sólo al dolor. La ovaralgia de los neurópatas es difícil de reconocer, pero se manifiesta espontáneamente en el curso de los ataques histéricos y se acompañan, las más de las veces, de estigmas de histeria: zonas histerógenas, anestias, insensibilidad faríngea, disminución del campo visual, etc.

Las neuralgias lombo-abdominales que acompañan a ciertas metritis asientan sobre todo en la pared abdominal. La palpación de los anexos puede aparecer dolorosa, pero lo es por el dolor provocado de la pared: los exámenes repetidos permiten la distinción.

c) *La apendicitis crónica* cuando el apéndice está situado profundamente en la pelvis, cuando se acompaña de trastornos menstruales y en los casos en que la lesión anexial esté situada a la derecha. En este caso el padecimiento apendicular no se acompaña de verdaderas crisis dolorosas y más bien se revela por apendicalgia. En su favor habla: la integridad anterior del aparato genital (el interrogatorio no recoge datos de infección vagino-uterina ascendente anterior); los trastornos gástricos e intestinales son más marcados y más frecuentes (las enfermas vomitan fácilmente y estos vómitos no ceden al tratamiento; las digestiones son lentas y difíciles, hay meteorismo abdominal); existe un síndrome de entero-colitis muco-membranosa; el signo de Rovsing positivo es de gran valor diagnóstico y consiste en que apretando a la izquierda y de abajo a arriba el colon descendente, se despierta dolor en el punto de Mac Burney, por rechazar de esa manera el contenido del intestino grueso en su mitad derecha y determinar la distensión gaseosa del ciego

y del apéndice; el dolor o la zona dolorosa se halla situada más arriba, en el clásico punto de Mac Burney y no precisamente en la zona ovárica; el examen radioscópico puede ser decisivo para el diagnóstico de apendicitis. En favor de la anexitis hablan los antecedentes genitales, las pérdidas blancas, la palpación del útero metrítrico dolorosa, la lesión salpingea puede ser bilateral y de ahí la necesidad de que el lado izquierdo deba ser siempre cuidadosamente explorado.

d) *Las cistitis y pielitis agudas.*—La distinción no ofrece dificultad cuando se examina la orina, por los datos que nos puede proporcionar; las molestias vesicales aparecen primero que los trastornos hipogástricos.

2o. *Cuando las lesiones anexiales son más acentuadas y se acompañan de alteraciones inflamatorias de vecindad o porque las trompas estén prolapsadas en el Douglas; cuando el tacto revela en los fondos de saco o un poco más arriba, en un punto cualquiera de la pequeña pelvis, tumores más o menos voluminosos, entonces se pueden cometer todos los errores imaginables y llegar a confundir las salpingitis quísticas con todas las afecciones que en la pelvis dan nacimiento a tumores sólidos o a colecciones líquidas peri-uterinas: útero, ligamento ancho, peritoneo pélvico, órganos circundantes.*

a) *Prolapso simple de los anexos*, que se observa en los casos de descenso uterino ligero con perineo insuficiente.—Se distingue entonces por su blandura, su posible movilidad, su poca sensibilidad exploratoria. Este prolapso anexial se acompaña muy frecuentemente de lesiones inflamatorias ligeras.

b) *Retrodesviación uterina.*—En favor de la retrodesviación hablan: la ausencia manifiesta del cuerpo del útero arriba del pubis, comprobada por la palpación hipogástrica; cuando el útero es fijado en esa posición viciosa por las adherencias y es doloroso al tacto, entonces puede ser confundido con las salpingitis prolapsadas en el Douglas, pero si se nota un tumor saliente en el fondo de saco posterior de la vagina que se continúa con el cuello uterino nota' al imprimírsele movimientos en todos sentidos, la duda queda aclarada. En los casos que la palpación bimanual no proporcione sensaciones suficientes, se recurre a la histerometría, que permite apreciar la dirección y forma de la cavidad uterina y que respecto a la diferenciación da las enseñanzas más preciosas.

No hay que olvidar que en las enfermas con retroversoflexión uterina, pasan inadvertidas las inflamaciones anexas con mucha frecuencia, debido a que los dolores sacros, los trastornos de la defecación y las menorragias, se atribuyen a la anomalía de posición y no se piensa que esa anomalía acompaña y es consecuencia frecuente de las salpingitis, que se reconocerían incorporando al útero en su posición normal (si no está fijado). Se sospechará la salpingitis cuando lo anterior no sea posible, cuando hayan fallado las medidas terapéuticas empleadas contra la retrodesviación y hayan aumentado las molestias.

c) *Fibromas de la cara posterior del útero.*—Es aquí en donde el tacto rectal presta las más valiosas enseñanzas, ya que permite lograr diferenciarlos. Se distinguen de las salpingitis posteriores en: la dureza del tumor que se distinguen fácilmente de las bolsas francamente quísticas; en su configuración irregular con bordes imprecisos, sus relaciones íntimas con el útero, formando cuerpo con él, sobre todo comprobado cuando se le moviliza; la falta del pedículo que parte del útero; no es doloroso ni presenta crisis paroxísticas, mientras que la presión revela, por el contrario, una sensibilidad muy aguda en las salpingitis. Cuando el fibroma es pequeño, subperitoneal, cuando no da lugar a las hemorragias ni a un aumento de la cavidad uterina, ni a un tumor perceptible por arriba del pubis, entonces la evolución de la enfermedad salpingiana, los signos de la infección metrítica y la sensibilidad del tumor retrouterino, nos hablan en favor de las salpingitis.

No hay fibroma uterino que no pueda ser confundido con las salpingitis cuando dan lugar, en el fondo de saco posterior o en los laterales, a la producción de masas vegetantes, de consistencia blanda, renitentes, poco movibles, presentándose a veces una falsa fluctuación que puede equivocar el diagnóstico y al clínico más experimentado lo induce a error. Es el tacto rectal el que proporciona servicios reales permitiendo explorar la parte posterior del tumor, apreciando más exactamente su forma y extensión, a veces circunscribiéndolo y comprobando que se halla incluido en el cuerpo uterino y reconociendo las gibas arredondadas, su situación, su consistencia regularmente dura, datos que se cargan a fibroma y se evitará el error, si además del tumor posterior, se siente claramente, un poco más arriba, las dos trompas y los dos ovarios aumentados de volumen, en cuyo caso se está en presencia de un fibroma acompañado de una salpingo-ovaritis bilateral.

El comienzo de la enfermedad con síntomas peritoníticos orientan aún más respecto a la existencia de una inflamación anexial, porque aquéllos faltan en los procesos fibromatosos puros.

d) *Embarazo tubárico íntegro*.—Tiene mucha importancia práctica distinguir los tumores anexiales de esta clase de embarazo. En los cuatro primeros meses presentan los mismos signos que las salpingitis quísticas (tumor lateral, muy doloroso) pero es verdaderamente excepcional que el embarazo llegue al 4o. mes sin haberse producido la rotura tubárica, en cuyo caso trataríase de un embarazo ectópico roto.

Los datos anamnésicos son los que nos guían: el comienzo de la enfermedad con fiebre elevada, la aparición normal de la menstruación, antecedentes de un contagio venéreo o puerperal, el flujo, la falta de signos de embarazo y la bilateralidad frecuente del proceso, la dureza y la mayor sensibilidad dolorosa del tumor y la hiperleucocitosis, son todos factores que abogan en favor de la existencia de una salpingitis.

En cambio, hablan del embarazo ectópico los siguientes síntomas y signos: 1o. la supresión de las reglas, amenorrea que para que adquiera su verdadera importancia y se valore correctamente, debe ir ligada con el detalle que se presenta en mujer habitualmente bien reglada y que vaya seguida de los fenómenos simpáticos del embarazo; 2o. las hemorragias generalmente pequeñas, de sangre roja, que se presentan después del dolor; aumentan con los esfuerzos y el trabajo, se calman con el reposo, a veces persisten durante varios días bajo la forma de discreto escurrimiento sero-sanguinolento, que puede simular una menstruación; son de repetición y caprichosas y no tienen ciclo; 3o. la reacción de Aschem-Zendek positiva; 4o. el reblandecimiento del cuello, la hipertrofia uterina, la congestión mamaria y aparición del calostro (que es más raro); 5o. el tumor es más bien renitente que fluctuante.

Todos esos datos son signos de gran valor diagnóstico para afirmar el embarazo ectópico, cuando se descarta que se trata de uno intra-uterino.

e) *Hematocele pélvico*.—Cuando el hematocele pélvico está enquistado y no infectado, los signos físicos recogidos dan absolutamente la impresión de que se trata de una anexitis simple o bilateral. Cuando proviene de la rotura de la trompa o de un aborto tubárico (causa más frecuente), lo que hace el diagnóstico es: 1o. la

existencia de un período de amenorrea (con los mismos detalles anotados en el inciso anterior); 2o. síntomas más o menos claros de hemorragia interna (hipotensión arterial progresiva, taquicardia y taquiesfigmia también progresivas, disnea, obnubilaciones, lipotimias, ruidos de campanillas, etc.) antecedidos de un dolor sobreenvenido sin motivo, brusco e intenso; 3o. pérdida del conocimiento, crecimiento rápido del vientre con formación de un tumor que se ha constituido súbitamente (es raro que las enfermas proporcionen este dato tan interesante); metrorragias caprichosas, crecimiento de los senos, aparición de calostro, existencia de síntomas peritoneales en el momento de la ruptura, signos de compresión en los órganos vecinos, expulsión de la caduca uterina días después de la crisis. La tumefacción es regular, pero menos bien limitado que en una salpingitis quística y eso cuando la fibrina se ha organizado en su periferia; su consistencia es pastosa y depresible pero no fluctuante, situado sobre la línea media en el fondo de saco posterior; ausencia de fiebre, de flujo y de antecedentes infecciosos puerperales o venéreos.

Pero cuando no es debido a la rotura de la trompa grávida, la salpingitis puede confundirse de manera inevitable con su comienzo brusco y la formación en el fondo de saco posterior de una tumefacción difusa que se acompaña de reacción peritoneal moderada. Entonces el diagnóstico es post-operatorio.

Cuando el hematocele está infectado, entonces se constituye el cuadro de una peritonitis localizada con todos sus síntomas y signos; la fiebre es persistente, en forma de aguja.

f) *El enterocele posterior*, que por los caracteres a que da lugar (depresión del fondo vaginal y formación de un tumor blando y pastoso) es confundido con una salpingitis. La diferenciación estriba en que es poco sensible y se puede reducir, dos caracteres que sirven, a falta de otros mejores. A veces el enterocele posterior es adherente y forma tumor que no se puede movilizar y es sensible, en cuyo caso sólo los trastornos intestinales intensos existentes, nos podrán guiar.

g) *Los quistes del ovario de pequeño volumen*, las colecciones del ligamento ancho, pegados al útero, semejan mucho a las colecciones salpingianas y a veces ni la evolución, casi siempre desconocida, ni la historia de la enfermedad, también obscura, permiten diferenciarlos. Tienen una superficie más netamente arredondada, son

más lisos, de igual consistencia, poco sensibles y sin presentar crisis paroxísticas ordinariamente.

h) *Tumores sólidos del ovario o del pabellón de la trompa.*—Son redondos, de consistencia quística, gozan de mayor movilidad que los hidrosalpinx; la palpación de la región ístmica de la trompa no revela nada; se hallan por arriba de la arcada del pubis, hacia la parte superior de la fosa ilíaca, mientras que las trompas inflamadas están comúnmente prolapsadas en el Douglas; no hay signos netos de metritis.

i) *Flegmón peri-uterino.*—Los flegmones del ligamento ancho se parecen a las salpingitis por sus síntomas subjetivos, pero su desarrollo después de un parto, la formación del plastrón abdominal característico, la infiltración difusa que se percibe en la base del ligamento ancho y en el Douglas por el tacto vaginal, permiten localizar la lesión de modo preponderante en el ligamento y no en la trompa. Se adhieren al útero más íntimamente que las salpingitis y no se comprueba entre el útero y el flegmón supravaginal, ese surco que se siente ordinariamente entre el útero y las colecciones tubarias. Además, tienen tendencia a fusionarse delante del útero con el tejido celular que lo separa de la vejiga y se manifiesta en ese punto, por la induración del fondo de saco anterior. Las salpingitis y estos flegmones se asocian frecuentemente, porque obedecen entonces a una causa común: la infección, que hace presa de las trompas al mismo tiempo que del tejido celular ambiente.

j) *Apendicitis aguda o sub-aguda*, con masas peri-apendiculares más o menos voluminosas, en las que el apéndice desciende hacia la pequeña pelvis, confundida con una salpingitis derecha, alta (en el estrecho superior, observada después de un parto y sobrevenida durante la involución uterina) y con lesiones perisalpingianas.

En este caso nos guían la marcha de los accidentes y los antecedentes de la enferma: una mujer que no haya tenido relaciones sexuales o una joven virgen, que presenten los fenómenos peritoneales que nos hagan pensar en apendicitis o salpingitis, siempre estaremos dispuestos a pensar en la primera, pero sin olvidar que también pueden tener lo segundo, por la infección sanguínea secundaria a falta de infección genital ascendente.

Los fenómenos peritoneales del principio son más intensos y más alarmantes en la apendicitis, el meteorismo es más pronunciado, la paresia intestinal más acentuada, la temperatura más elevada,

los vómitos más frecuentes; en las formas graves los fenómenos apendiculares se van acentuando o si no permanecen estacionarios, mientras que se calman muy rápidamente en las crisis salpingianas. El exámen local demuestra en casos de salpingitis, el útero doloroso, la tumefacción salpíngea más baja y más vecina al útero que la tumefacción peri-apendicular.

En caso de coexistencia de estos dos padecimientos, la dificultad aumenta y la discriminación de ellos es imposible.

k) *Enfermedades inflamatorias del ciego, colon pélvico y recto, prolapsadas en el Douglas.*—Para la exploración del ciego, debe hacerse en posición declive. El colon pélvico con sigmoiditis y perisigmoiditis, accesible al tacto vaginal y doloroso, la diferenciación es difícil de hacer a simple vista, pero hay muchos datos que nos permiten hacerlo.

1) *Otras afecciones* con las que se pueden confundir las salpingitis, pero que por su rareza en presentarse, no tiene mayor importancia, son: las adenitis pélvicas o un cuerno uterino suplementario y otras anomalías congénitas.

DIAGNOSTICO EVOLUTIVO (marcha y complicaciones).—Es importante saber qué marcha van a seguir las lesiones ya diagnosticadas y las secuelas a que pueden dar lugar.

El curso clínico de las anexitis varía extraordinariamente según la especie de los gérmenes, comienzo de la afección, modo de haberse producido, estado general del organismo, influencias exteriores y tratamientos empleados.

Reconocer si las lesiones progresan o no, es indispensable porque dada la situación de los anexos entre la pelvis y el peritoneo, existe el peligro de que se extienda la infección o se perfora el proceso a la vagina, vejiga, intestino o cavidad peritoneal.

Si las lesiones progresan, encontraremos los siguientes síntomas característicos: 1o. Fiebre remitente, alta y duradera, acompañada de empeoramiento progresivo del estado general; 2o. Aumento de las molestias y especialmente los dolores; 3o. Aumento progresivo de los leucocitos en la sangre, detalle importante, porque nos ahorra el practicar demasiadas exploraciones bimanuales, y no por negligencia, sino porque entrañan un peligro mayor; 4o. Aumento del tamaño de los tumores anexiales y descenso de los mismos hasta el suelo pélvico o fácil palpación a través de las paredes abdominales.

El peligro de perforación se anuncia por aumento de replección de la pelvis, formación clara del tumor por encima del pubis, eleva-

ción rápida de la leucocitosis y aumento de las molestias, junto con las quejas relativas a los trastornos de la defecación, salida de moco, las molestias vesicales y aparición repetida de fenómenos peritoníticos.

El diagnóstico de la perforación es fácil cuando el pus pasa a la vagina o al intestino, por su salida abundante, la disminución de las molestias y de la fiebre. Cuando es en la vejiga, la orina mezclada de pus y los trastornos de la evacuación urinaria, llaman luego la atención; cuando es en la cavidad peritoneal, los síntomas son los de una peritonitis difusa.

El diagnóstico de las fístulas es más difícil y sobre todo las comunicadas con la vejiga, que pasan inadvertidas: la cistoscopia aclara la cuestión, pero cuando se hace de manera cuidadosa y repetidamente; el cambio en el aspecto de la orina (aparición brusca de enturbiamiento), el aumento de las molestias hipogástricas cuando la orina es clara y la disminución de las mismas cuando la orina es purulenta.

Las fístulas intestinales se diagnostican al observar la salida de pus, junto con las heces, de vez en cuando.

Las vaginales son fáciles de encontrar por ser más accesibles a las exploraciones.

El diagnóstico de la capacidad funcional de la trompa se hará cuando el proceso inflamatorio haya terminado por completo y falten toda clase de lesiones inflamatorias en los segmentos inferiores, porque la razón es que por las maniobras se puede generalizar un proceso local. Cuando existan alteraciones importantes, tales como adherencias múltiples, hidrosalpinx o piosalpinx, es mejor prescindir siempre de averiguar la permeabilidad, ya que, como se comprende, tales procedimientos no son inocuos en esas condiciones, por la generalización del proceso al peritoneo. Además, tanto la insuflación como la salpingografía, pueden engañarnos en sus resultados y solamente cuando se repitieran las maniobras (hecho que no debe verificarse) y siempre obtuviéramos los mismos resultados, es cuando podemos diagnosticar la permeabilidad o la impermeabilidad de las trompas uterinas.

CAPITULO VI

PRONOSTICO

Si muy importante es el diagnóstico para el médico, para la enferma y sus familiares es aún mucho más importante el pronóstico; el futuro de la enfermedad y por ende, de la paciente, es lo que más importa a ella y a ellos, porque después de todo ¿qué más le da a la mujer que yace en el lecho del dolor, atenaceada por sus sufrimientos, el saber que su padecimiento es una salpingitis simple catarral o un hidrosalpinx? ¿es que acaso ella mide el peligro que lleva consigo su enfermedad, nada más porque nosotros diagnosticuemos y le digamos que tiene algo de lo que ella no entiende, a pesar de que tratemos de explicárselo con palabras que estén a su alcance y no con aquellas que muchas de ellas llegan a pensar que el médico usa para disfrazar su ignorancia acerca de su padecimiento? y es porque a ella se le escapa la importancia que tiene el diagnóstico y sólo le preocupa otra cosa mucho más importante: su vida. Y la pregunta que flota ya en sus labios y en el de las personas allegadas a ella, aún cuando el médico casi no acaba todavía de identificar su padecimiento, es aquella sobre la que gira en esos momentos todas sus potencias afectivas y sentimentales: ¿es grave lo que tengo? ¿sanaré? y después de contestada esa pregunta afirmativamente, sin perder el contacto con ella, porque hablar y prometer inspirándose en la idea de ser gratos y caer bien, y no apegándose a lo observado y a lo que se desprende de la verdad de los hechos, o con ciertas reticencias a los familiares, para no restarle fuerzas y ánimos a la paciente, entonces éstos preguntan aún más y le piden al médico que fije tiempo de la curación: si sana ¿en cuánto tiempo más o menos? y es porque una vez que el médico ha dicho a la enferma que curará o a sus familiares, éstos cuando ven lejos el peligro de muerte y a veces ni por eso, se preocupan mucho, acto muy humano por otra parte, por el factor económico, porque una enfermedad prolongada acarreará trastornos en toda la vida de los componentes de la familia (y en estos momentos pienso sobre todo en aquellas mujeres carentes de recurso, cargadas de hijos y que muchas veces son

el sostén único de la familia y que no recurren, por pudor, orgullo u otras causas determinadas y que no analizaremos aquí, al socorro que imparten los servicios gratuitos como son los hospitales, consultorios públicos, etc.) Y luego de observar ese fenómeno, no hay razón para que médicos utópicos digan que este problema no tiene nada de social.

Pero otro asunto, también muy interesante, aunque un poco menos que el anterior, es aquel que se nos presenta cuando estamos frente a una paciente joven, en las que los deseos de maternidad son grandes, y que nos pregunta llena de ansiedad e inquietud, aquello que por sí mismo encierra un problema hondo y esencialmente social: y después ¿tendré hijos? y es entonces cuando el médico debe ser certero en sus afirmaciones y para tener conciencia de esa certeza, debe recordar y reconocer bien lo que frente a él tiene y una vez más se hace patente la importancia tan grande que para él tiene hacer el diagnóstico más completo, en que la naturaleza de las lesiones no debe ser su última preocupación, como afirman ciertos ginecólogos, sino una de sus más constantes y bien fundamentadas preocupaciones.

Todas las consideraciones que hemos apuntado es para llevarnos a la conclusión de que el pronóstico abraza puntos de vista muy complejos que exigen del cirujano la mayor circunspección y reserva, al formular sus contestaciones más o menos categóricas y que ese problema pronóstico encierra otros dos más: aquel que nos merece la dolencia por la perturbación o el maleficio que en la vida normal siembre y que constituye el pronóstico de la vida y el otro relacionado con la vida social y con el deseo de maternidad y que forma el pronóstico de la función, porque es claro que tratándose de órganos de generación afectados de lesiones conocidas, debe figurar siempre el porvenir genital de la enferma respecto a la gestación, figurando también las deficiencias funcionales endócrinas producidas por la lesión y determinadas por nuestra acción terapéutica.

Al considerar el juicio sobre el futuro de la enfermedad, procuraremos individualizarlo, referirlo a la enferma y desprenderlo de la condición del organismo afectado por las lesiones salpíngicas y las disfunciones orgánicas; de esa manera el pronóstico será clínico y no patológico; para formularlo se toma como principio fundamental el estado presente de la enferma, porque si la patología considera como grave un piosalpinx considerado abstractamente, clínicamente puede serlo, pero puede también dejar de serlo por dar lugar a ma-

nifestaciones relativamente benignas, poco alarmantes e inversamente, una salpingitis simple, aguda o crónica, cuyo pronóstico es relativamente benigno, benignidad variable hasta cierto punto, puede dar lugar a síntomas proporcionalmente mayores cuando evoluciona en un organismo en tales o cuales condiciones desfavorables; de suerte que la clínica presencia grandes efectos, no proporcionales a la causa y grandes causas con efectos pequeños o causas presentes con efectos ausentes y para acercarnos más a la verdad en las predicciones hay que pronosticar en Clínica y no en Patología. Entonces ese pronóstico clínico se inspira y mucho en la evolución, que indica hacia dónde va la enfermedad.

El pronóstico se deriva del diagnóstico, a veces sólo en parte y condicionalmente, porque diagnósticos semejantes tienen pronósticos diferentes, determinados por las circunstancias particulares del caso y así logramos observar que padecimientos serios en personas determinadas, pueden hacerlas vivir con molestias tolerables y en apariencia normal, aunque engañosa en el fondo, porque una muerte repentina sorprende a aquellos que juzgan que ciertas enfermas parecían sanas; padecimientos crónicos sin pronóstico grave inmediato, porque están dormidos, despiertan y se hacen agresivos, y eso hace pensar que un presente sereno y tranquilo no garantiza el porvenir (de hacerlo así fundaríamos un pronóstico patológico); el mal está presente, pero no se manifiesta y cuando lo llega a verificar, entonces el pronóstico se funda; una salpingitis fría, verbigracia, que se soporta, tiene una gravedad potencial que se convierte en actual cuando se calienta y puede, incluso, ocasionar una peritonitis difusa.

Los pronósticos son cambiantes y oscilatorios, nunca definitivos por estar sujetos al curso de la enfermedad y en razón de los hechos presentes que se observan.

El pronóstico general merece, pues, el respeto más profundo y la atención más concentrada, obligándonos a decir, en los términos fundamentales que se piden, que el pronóstico es sombrío y lo es con mayor razón por el sufrimiento continuo, la impotencia funcional y la consiguiente depresión orgánica; por la actitud perseverante de las lesiones o marcha ascendente de las mismas y la repercusión que en todo organismo se refleja.

El pronóstico vital será inmediato cuando la conjetura se refiere a un porvenir próximo; es mediato si es a uno lejano y distante. Cuando se nos presenta una salpingitis aguda, nuestro pronós-

tico será hecho aprisa, porque el tiempo se calcula entonces en horas o días; cuando sea crónica no tenemos medida y lo que auguremos tendrá siempre mucho de teórico.

Así pues, consecuentes con los lineamientos y las ideas expresadas más arriba, frente a una enferma con diagnóstico de inflamación tubárica, debemos no considerar el padecimiento siempre como peligroso porque hablaríamos, repito, patológicamente, sino que veremos las condiciones imperantes y diremos que el pronóstico de las afecciones inflamatorias será muy distinto según la índole de las lesiones. Y como éstas son difíciles de precisar al principio, es casi punto menos que imposible vaticinar el curso ulterior y como existe casi siempre algún otro proceso inflamatorio concomitante, el pronóstico tendrá que ser dudoso al iniciarse el proceso y el que fundamentemos, tendrá la calidad de condicional.

PRONOSTICO EN RELACION CON LA VIDA

Las formas simplemente catarrales, recientes, que evolucionan en un organismo cuyas defensas son suficientes y cuando se somete a la paciente a un tratamiento ad hoc y bien reglamentado, el pronóstico es benigno; no inquieta el ánimo y hay convicción de que no peligra la existencia, porque son susceptibles de curar, de detener el proceso y sin permitir que llegue a estadios más avanzados, en que en último término la trompa puede destruirse y la salpingitis puede curarse por completo, curación real y no aparente en algunos casos y en otros más aparente que real.

La salpingitis aguda purulenta ya tiene un pronóstico más desfavorable y lo es tanto más cuanto más fundamentos tengamos para creer que se trate de agentes causales como el gonococo o el estreptococo y éstos sean de virulencia muy exaltada y la lesión vaya acompañada de una peritonitis pélvica, porque bien es sabido que los procesos gonocócicos o puerperales tienen una mayor tendencia a la propagación a los tejidos vecinos y si a esto agregamos que se desarrolla en un organismo debilitado por una u otra causa, el pronóstico se convierte en muy grave, si no es que mortal. En estos casos y para no cometer graves faltas, nuestro pronóstico será para el día, porque si lo adelantamos más, corremos riesgo de que el porvenir o los hechos venideros nos desmientan categóricamente.

En las salpingitis crónicas, el futuro, aunque muy obscuro, podemos decir que es benigno si el proceso no ha tenido tendencia a la recidiva frecuente, si la paciente soporta bien su lesión y su es-

tado general es satisfactorio. Pero aun en estos casos en que el proceso parece estar en estado de completa regresión, existe siempre el peligro de que se avive nuevamente bajo cualquier circunstancia (menstruación, aborto, coito, esfuerzos, etc.) y entonces el pronóstico se ensombrece, porque nos hace pensar que si logramos nuevamente enfriar esa nueva hoguera, tendrá mayores probabilidades de que nuevamente vuelva a reincidir.

En cambio, las salpingitis quísticas tienen un pronóstico siempre grave porque aparte de las lesiones que intoxican y matan por la sola condición de su naturaleza generalizadora e invasora, se cuenta con los accidentes que entrañan: roturas, aberturas, torsiones, etc., y que traen consigo peritonitis, rupturas viscerales, la desnutrición y la caquexia, etc., accidentes que por sí mismos pueden causar la muerte.

El hidrosalpinx no es una afección peligrosa por sí misma, porque transcurren años sin que la lesión se modifique; su ruptura no es peligrosa en grado sumo, porque su contenido es estéril y su reabsorción es fácil, pero su gravedad aumenta porque puede complicarse en su evolución por la conversión del líquido seroso que contiene, en pus. El desagüe eventual cuando se observe, debe considerarse siempre como de buen pronóstico. Se convierte en peligroso por el accidente casi patrimonio de ellos: las torsiones del pedículo, sobre todo cuando éstas se producen bruscamente.

El piosalpinx es de pronóstico muy grave, porque aparte de los fenómenos agudos a que da lugar, el proceso se prolonga durante años y durante toda la vida, cuando ésta se ve amenazada por las complicaciones tan frecuentes de esta forma anatómico-clínica y que si no se presentan convierten a las enfermas en verdaderas muertas en vida, por la inmovilidad a que se ven sujetas. Con un tratamiento enérgico y bien llevado y por largo tiempo, se logra, no una restitución completa que nunca es posible, pero sí una existencia más o menos tolerable. Se ensombrece el pronóstico por la rotura de la bolsa salpingea en la cavidad abdominal y sobre todo cuando la irrupción del pus se hace de manera brusca; la abertura de esa bolsa purulenta en la vejiga, recto, vagina o pared abdominal, aligera el pronóstico, pero continúa siendo grave, porque después no es tanto la lesión primitiva la que lo origina, sino la existencia de las fístulas que pueden ocasionar, en el caso de fístula vesical por ejemplo, una pielo-nefritis ascendente.

El hematosalpinx es grave, pero su gravedad depende también mucho de la enfermedad originaria, cuya consecuencia ha sido la acu-

mulación de sangre en las trompas. Si la produjo una congestión pélvica, entonces es menor el riesgo, pero si fué un embarazo extra-uterino, es más desfavorable el pronóstico (amenaza de un aborto tubárico, existencia de la hemorragia interna, etc.)

El pronóstico de la salpingitis tuberculosa es grave, porque puede el proceso genital propagarse por continuidad a otros órganos con todas sus fatales consecuencias ya que propaga la infección tuberculosa y entonces el pronóstico de este padecimiento es el que rige al primitivo.

Si a esto agregamos que la tuberculosis originaria se halla en un estado evolutivo avanzado que ha puesto a la enferma en un estado de debilidad orgánica, en un estado caquético casi final, entonces se comprende que el pronóstico es mortal, pero entonces la muerte es debida no tanto a la anexitis, sino a la infección general.

Apenas cabe decir que la tuberculosis tubárica puede terminar por una curación relativa. Puede curar espontáneamente y operada oportunamente los auspicios bajo los que se hace, no son desfavorables.

Pero si en la mayoría de los casos, las salpingitis no comprometen directamente la existencia de la enferma, colocan a las enfermas más o menos en una situación de invalidez casi permanente, porque difíciles de curar, su duración es interminable. Y si a esto agregamos que en ocasiones son tributarias de operaciones frecuentemente muy graves y algunas veces mortales por el estado de disminución funcional orgánica, concluiremos, que el pronóstico de las salpingitis es siempre peligroso.

PRONOSTICO EN RELACION CON LA FUNCION

Un principio irrefutable en cuanto al pronóstico funcional está formulado de la siguiente manera: Cuando las inflamaciones tubáricas son bilaterales, la consecuencia lógica y fatal será la esterilidad, no curable sino mediante intervención quirúrgica y a veces ni así. Cuando la lesión es unilateral, la concepción es posible más tarde, cuando pasa la evolución aguda y se reintegra la luz del canal salpingiano, dejando la trompa intacta.

Pero esto no lo es todo, considerando lineamientos generales, porque hay que agregar que en caso de la bilateralidad de las lesiones, para que la esterilidad sea la consecuencia fatal, debe existir oclusión inflamatoria del ostium abdominal, porque no habría razón suficiente y de peso para afirmar la esterilidad cuando se supiera que

la permeabilidad de las trompas era completa, ya que tarde o temprano, lograda la regresión de las lesiones, era posible que se efectuaran todos los mecanismos que llevan como consecuencia la existencia de un embarazo, mecanismos que desde luego reconocemos que se hallarían entorpecidos, pero siempre realizables en esas condiciones.

Cerca de la tercera parte de todos los casos ocasionales de esterilidad en la mujer, son debidos a los efectos de las salpingitis. Y si extensas supuraciones de la trompa van asociadas a afecciones del ovario, la curación radical en el sentido del restablecimiento de la función, se hace imposible y aun en los casos en que se logra salvar la vida de la paciente mediante intervenciones quirúrgicas, porque su sexualidad habría terminado por completo, por las operaciones radicales que se tienen que llevar a cabo ante esos casos tan extremos.

La posibilidad de restaurar la fertilidad a una mujer es lo que constituye la importantísima piedra angular de la cirugía conservadora y los casos en que se debe intentar asegurar esa fertilidad son los de las mujeres jóvenes, solteras o casadas, que tengan especial anhelo de ser madres, maternidad en la que hubieran cifrado sus más caras ilusiones.

La esterilidad femenina debe ser considerada como un problema de enorme interés y trascendencia, lo mismo para el médico como para el cirujano, el ginecólogo y sexólogo, al mismo tiempo que para el biólogo, sociólogo y hasta para el jurista—afirma el Dr. Rosendo Amor en su tema de ponencia "Tratamiento quirúrgico de las esterilidades de origen tubárico" presentado en la Primera Asamblea de Cirujanos, verificada en la ciudad de México. Y nosotros estamos en todo de acuerdo con esa manera de pensar, en contraposición a lo que afirman otros médicos mexicanos, que al referirse al tratamiento de las salpingo-ovaritis dicen que ese problema malamente se ha considerado como problema social, porque es tanto como decir que hay dos medicinas: una para pobres y otra para ricos, y que eso no es verdad, porque la medicina es única. Ya veremos más tarde este punto y lo combatiremos en sus puntos que creemos falsos.

Pasando revista a todas las formas anatómo-patológicas para tratar de pronosticar cuándo puede ser posible la concepción, procuraremos ser siempre cautos antes de asentár un juicio definitivo en todos los casos y sobre todo en aquellos que se nos presenten complicados, porque los hechos posteriores pueden desmentirnos, cuando nos hubiéramos precipitado al lanzarlo, ya sean porque se presen-

ten embarazos ulteriores o porque dejan de efectuarlo, cuando la enferma ya estaba más o menos resignada a lo que nosotros le pronosticamos y que una nueva situación, primero anhelada, pero después poco deseada, le traerá trastornos de diversas índoles, de los que los primeros culpables seremos nosotros.

Resulta dudoso pensar que la salpingitis catarral tenga como consecuencia constante la esterilidad, pues como ya hemos dicho, muchos de estos casos curan completamente y por lo tanto puede sobrevenir más tarde la concepción.

Como hay alteración de la mucosa, ésta se vuelve inadecuada para proteger la vida del óvulo, bien por exceso de secreción catarral que dificulta la progresión del mismo en su camino, retardo que le hace sucumbir o porque un fenómeno semejante impide al espermatozoide alcanzar, por causas análogas, su objetivo: la reacción hipersecretoria daña la vida de ambas células germinadoras durante su travesía tubárica y como se desintegra pasajeramente el epitelio de revestimiento que pierde sus pestañas vibrátiles y el tono muscular necesario para la formación de las ondas peristálticas normales y de ahí los casos de embarazo tubárico en que la inflamación catarral de la trompa ha desempeñado un importante papel.

En los casos de padecimientos inflamatorios de las trompas, consecuencia lamentable del abandono de las propias pacientes que al sentirse mejor aparentemente y fuera del cuadro aparatoso del principio, dejan de seguir el tratamiento que se les ha recomendado o bien, por graves errores cometidos por la terapéutica médica ante los ataques agudos y repetidos que sufren, suministran un fuerte contingente a la esterilidad. El pronóstico es sobre todo desfavorable en cuanto al papel que desempeña este órgano como oviducto, aunque los procesos inflamatorios puedan regresar al extremo de que desaparezcan las molestias y si la fecundación y el embarazo son posibles, también son raros, por las siguientes condiciones que entran en juego: la metritis concomitante que impide el injerto del huevo; por la ovaritis que impide la puesta ovular y por la salpingitis que dificulta la progresión del óvulo o del espermatozoide.

Las salpingitis gonocóccicas, una de las causas más comunes de esterilidad, que según Shaeffer es de 77.3% es la que presenta el pronóstico más desfavorable en cuanto a lo que respecta a la esterilidad definitiva, sin estar condenadas fatalmente a ella todas las mujeres que la hayan padecido, porque existen numerosos casos en que la gonorrea tubárica cura, siendo prueba decisiva la preñez normal subsecuente.

Las debidas a otros micro-organismos son más benignas. Las salpingitis originadas por abortos infecciosos son más graves que las de origen puerperal, siempre en relación con la esterilidad.

Un caso de salpingitis que después se complica de un embarazo tubárico, da después la casi certeza de que existirá esterilidad definitiva porque los resultados permanentes de los procesos patológicos de la mucosa tubárica, son capaces de impedir completamente el paso del huevo.

La capacidad de reproducción, en las mujeres con salpingitis agudas, no está en relación con la intensidad del proceso inflamatorio, sino de los estragos producidos y en consecuencia de las lesiones imprimidas al órgano y sus estados consecutivos: órganos maltruchos, deformes, con lesiones esclerosas y adherencias, difíciles de tratar para conseguir el restablecimiento de la permeabilidad de las trompas.

El hidro, hemato y piosalpinx ensombrecen la vida de la mujer, porque le producen esterilidad definitiva. El hematosalpinx produce desórdenes y alteraciones tubáricas menos severas que las otras y un tratamiento acertado y paciente puede mejorar la condición patológica de la trompa y en ocasiones se observan restituciones bastante aproximadas a la integridad y cuando se afirma lo anterior, se concluye lo mismo en cuanto a la esterilidad, pero siempre debe tenerse presente que siendo posible la concepción, también es posible que recidive el embarazo tubárico. En el hidro se produce atrofia completa o punto menos que eso, del sistema muscular y de sus esfínteres, aparte de las muy graves alteraciones del epitelio de revestimiento y de ahí que cuando es bilateral, la esterilidad es irremediable, aun cuando quirúrgicamente puedan estas trompas reducirse en sus diámetros y permeabilizarlos perfectamente, porque sólo se consigue construir un tubo inadaptable a las delicadas funciones que la trompa tiene encomendada. El pio produce enormes desorganizaciones de todos los componentes de las trompas, tejidos cercanos, parametrio, en los anexos, en órganos relativamente alejados y hasta en el vientre en su totalidad; la esterilidad es absoluta y definitiva y produce severos trastornos hormonales con las consecuencias psíquicas, mentales y nerviosas, conocidas.

Otro tanto se puede decir de las salpingitis tuberculosas, a lo que además de todo aquello propio de las salpingitis, se agrega el estado constitucional propio, tuberculosis, que afecta profundamente el organismo y alteran la función tubárica.

CAPITULO VII

T R A T A M I E N T O

Es de todo punto indispensable y preciso que, antes de pensar en el plan curativo que tengamos que seguir ante un determinado caso clínico de salpingitis, pensemos si ese mismo caso lo hemos resuelto satisfactoriamente sin que nos quede duda alguna, porque mucho depende de ello el que nuestra terapéutica se encamine hacia el campo del dominio exclusivo del bisturí o si por el contrario, compete al tratamiento médico. Pero no solamente que lo hayamos resuelto pensando sólo en la naturaleza de la lesión, sino que también tomando en cuenta la situación social de la enferma, ya que ese punto es el mayor objetivo de este trabajo y, resuelto totalmente, no vacilemos en adoptar el tratamiento cruento cuando el caso lo merezca o nos contentemos con el incruento cuando creamos que los resultados serán satisfactorios, fuera naturalmente de las indicaciones precisas y netas en que estos métodos tienen su aplicación indiscutible.

Para ello intervienen muchos factores, pero para no pecar de desordenados en nuestra exposición y adelantar nuestros razonamientos, dividiremos este capítulo de tratamiento en varios subcapítulos, para que poco a poco, desarrollándolo, lleguemos a nuestro objetivo. Esos subcapítulos serán los siguientes:

I.—Descripción del tratamiento médico-quirúrgico, sin que al anotarlos hagamos algún comentario y dentro de este mismo subcapítulo, haremos pequeñas consideraciones al reseñar aparte las ligeras variaciones que nosotros le imprimimos.

II.—Indicaciones y contra-indicaciones de esos mismos métodos.

III.—Aspecto social del tratamiento, con las consideraciones conducentes a demostrar qué mujeres deben ser tributarias preferentemente de una intervención quirúrgica y cuáles no, atendiendo sobre todo a sus condiciones económicas y sociales, fuera de los casos, como ya dijimos, de la aplicación de estos métodos.

I.—TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO CLASICO

Tratamiento médico

Por lo que se refiere a este tratamiento, la conducta por seguir varía según que se trate de los casos agudos o de los casos crónicos.

1o.—*Casos agudos*.—Los medios preconizados para luchar contra este período son :

A.—*Inmovilidad absoluta*, en cama, en posición horizontal, con los miembros inferiores en extensión completa o en ligera flexión, durante un tiempo que es variable según la intensidad del proceso, que oscila entre 15 días y 6 semanas. El reposo debe mantenerse el mayor tiempo posible y no permitirles a las enfermas que se levanten hasta que haya desaparecido el dolor o la tumefacción apreciable al nivel de los anexos.

B.—*Aplicación de una bolsa de hielo*, sobre la parte baja y lateral del vientre, durante noche y día, por largo tiempo si no le causa enervamiento a las enfermas y si no les imposibilita el reposo, hasta que desaparezca todo brote febril. La bolsa no se pondrá directamente sobre la piel porque puede contribuir a la formación de una escara, sino por intermedio de una compresa o paño de franela. En caso de que ya no se resista la bolsa de hielo, se podrá sustituir por una bolsa de agua caliente.

C.—*Medicación sintomática*.—a) Contra el dolor muy intenso se suministran: *supositorios* calmantes con extracto tebaico, de belladona, hidrato de cloral, analgesina; *ene. as* que se retienen, con láudano de Sydenham, cloral o antipirina; por *vía oral*, píldoras con extracto de opio y belladona. En casos apuradísimos y necesarios y si no se calma con la medicación anterior, se puede recurrir a la morfina.

b) Contra el metecrismo: *sonda rectal* durante 30 ó 45 minutos, repetido durante 3 ó 4 veces en el día.

c) Contra las náuseas y los vómitos, *dieta absoluta*, tomando cada hora agua o bebidas heladas, trocitos de hielo. Cuando hubieran desaparecido se instituye un régimen alimenticio suficientemente nutritivo, que se irá aumentando progresivamente: atoles, frutas cocidas, jugo de frutas, purés, alimentos líquidos como caldo de verduras o de pollo, etc., con el objeto de sostener las fuerzas de las en-

fermas, pero cuidando de no provocarles fenómenos de auto-intoxicación. Algunos piensan que la leche se dará poco porque produce constipación (en algunas ocasiones produce por el contrario diarrea).

d) Si hay retención de orina: *sondeo vesical* cada 8 horas; pero se darán antisépticos urinarios como la urotropina, uroformina, etc.

e) Contra la fiebre, algunos autores piensan que los medicamentos antitérmicos son tan poco útiles en tales casos, que el ligero abatimiento de la temperatura que se logra, no compensa los prejuicios que causan en las funciones digestivas y por eso no los aconsejan; otros, en cambio, prescriben antitérmicos: sulfato de quinina, fenacetina, piramidón, etc.

f) Para la depresión que sufre el estado general, se recomiendan inyecciones de estimulantes de suero glucosado o salado, aceite alcanforado, estricnina, cafeína, esparteína, etc.

g) Al 3er. o 4o. día y para combatir la constipación, se administran supositorios glicerizados, lavados emolientes de un cuarto o medio litro de agua hervida que se pasa lentamente para vaciar el intestino. Al 8o. día se administran *laxantes suaves o purgantes ligeros*, pero nunca los drásticos (para unos son mejores los salinos y para otros los oleosos).

b) Algunos terapeutas recomiendan localmente en este período los *lavados vaginales y rectales calientes* que obren durante 15 ó 30 minutos (especie de irrigación continua), pero otros los prohíben al mismo tiempo que las curas vaginales.

Recomiéndase también las *unturas* (no fricciones) *calmantes y analgésicas* con salicilato de metilo, cloroformo, láudano de Sydenham, pomada de belladona, de colargol (el empleo de la bolsa de hie-lo es compatible con la aplicación sobre el vientre de una ancha capa de pomada de colargol). También se prescriben los enemas calientes para retener.

i) Contra la intoxicación séptica y para intentar el lavado y desinfección sanguínea, se recomienda usar la *quimioterapia y la proteínoterapia* no específica, tales como las inyecciones de suero artificial, leche, nucleinato de sodio, el sulfarsenol, el cloruro de calcio, la plata coloidal, etc.

Algunos recomiendan en este período las *vacunas antigonocócicas* (cuando la causa manifiesta es el gonococo).

Algunos más dicen que la *diatermia* la han usado en este período con mucho éxito.

En general se sigue la regla siguiente: en el período agudo no se debe abusar de las exploraciones locales siempre dolorosas. Hace falta vigilar diariamente la marcha de la inflamación y llamar al cirujano cuando se comprueben los signos netos de la supuración.

2o.—*Casos sub-agudos y crónicos.*—En este período se usan:

A.—*Las irrigaciones rectales y vaginales calientes*, prolongadas y repetidas, ligeramente antisépticas con solución de permanganato, borato de sodio, oxicianuro de mercurio, etc.

B.—Aplicaciones de *tópicos vaginales calmantes*: torundas empapadas en glicerina ictiolada al 10% o tigenolada al 30%; óvulos de glicerina con ictiol; *columnización de la vagina* con tiras de gasas empapadas en glicerina ictiolada o tigenolada o alcalinizada con borato de sodio, rellenando luego la vagina con gasa seca y estéril, durante 2 ó 3 días, en que se retira y se vuelve a colocar (el ictiol se recomienda por su acción antiflogística y resolutivo para fundir los exudados intersticiales, por su corrección descongestionante pasiva, que haría de esa manera una especie de sangría blanca).

Con ese mismo fin, se utilizan los preparados del éter bencil cínámico en diversas formas terapéuticas, pero sobre todo en inyecciones.

C.—*Revulsivos locales* en la región anexial, en que el frío puede ser reemplazado por el calor en forma de curaciones húmedas calientes, paños calientes o bolsa de agua caliente. Se puede acompañar de embrocaciones con las sustancias analgésicas externas anotadas antes.

D. — *Vacunación regional* (método inmunoterápico) mediante las inyecciones del Inmunizol Grémy Núm. 41, submucosas, alrededor de los orificios glandulares que a ese nivel se encuentran y alrededor de la uretra. Inyecciones que se pondrán cada 4 ó 7 días, en una serie de 7 a 8 inyecciones (contra-indicado en las formas agudas, en enfermas tuberculosas o cardíacas).

E.—Tratamiento del estado general por medio de *tónicos estimulantes* a base de arsénico, hierro, etc.

F.—Administración de medicamentos antiespasmódicos y de aquellos capaces de asegurar una buena digestión: laxantes aceitosos o salinos.

G.—*Tratamiento higiénico-dietético.*—Reposo de algunas horas durante el día. Ejercicios moderados. Evitar las faenas muy pesadas porque congestionan los órganos pélvicos y son causa del retorno de los dolores. Relaciones sexuales espaciadas. Régimen lacto-ovo-vegetariano, evitando especies y alimentos irritantes, lo mismo que el alcohol.

H.—*Tratamiento fisioterápico* mediante la masoterapia (masaje ginecológico y gimnasia ginecológica); diatermia (percutánea, vaginal-abdominal) que se contra-indica en las formas crónicas con hemorragias; la radioterapia, de preferencia los rayos infra-rojos; en las formas no tuberculosas los rayos X; Cura en estaciones termales.

Tratamiento quirúrgico

Por lo que se refiere a este tratamiento, las intervenciones que se practican, van desde las más sencillas hasta las más difíciles y se pretende siempre hacerlas lo más conservadoras que se puedan, pero sin vacilar en ejecutar las mutilantes cuando la naturaleza de las lesiones justifican tal conducta y por las cuales sea manifiestamente imposible de contentarse con la cirugía conservadora.

Se debe ser ecléctico en la elección del método operatorio, escogiendo la intervención que sea más conveniente en cada caso.

Los tratadistas clásicos agrupan los distintos métodos de que se disponen en dos categorías: 1o. las operaciones conservadoras, y 2o. las operaciones radicales. Únicamente nos ocuparemos en enumerarlas.

1o.—Las operaciones aplicables en la cirugía conservadora, encuentran su justificación cuando la lesión anexial es mínima y parcial, en cuyo caso las operaciones practicadas son económicas. Tienen dos objetos: a) llegar a la doble conservación de la capacidad de fecundación y de la secreción interna del ovario; b) la simple conservación de la función de la secreción interna del ovario.

A.—*Colpotomía.*—Esta operación se cataloga como de urgencia, de necesidad, porque detiene un peligro inmediato abriendo una bolsa purulenta a punto de romperse. No representa más que el primer tiempo de una intervención más seria, a pesar de que otros autores la consideran como curativa por sí sola. Está indicada en el caso de un absceso que se halla en el fondo de saco de Douglas y que es fá-

ilmente accesible por la vagina, por donde hace saliente, en cuyo caso la colpctomía de elección sería la posterior.

B.—Operaciones sobre la trompa misma.—En este caso se practica una laparotomía sub-umbilical, cuando las lesiones salpíngicas son altas y sea difícil atacarlas por la vía vaginal. Las operaciones que se practican son:

a) *Liberación de los anexos* cuando existen adherencias perianexiales por tratarse de una perisalpingitis.

b) *Expresión y cateterismo de las trompas*, recomendada en los casos de salpingitis recientes.

c) *Salpingopexia*, recomendada en el prolapso de los anexos en el Douglas.

d) *Salpingorrafia*, cuando durante una intervención en los anexos se ha desgarrado la trompa.

e) *Salpingostomía*, indicada cuando el orificio peritoneal está obliterado y en los casos de hematosalpinx.

f) *Salpingoplastias*, recomendadas en los casos de esterilidad por causa salpingiana.

20.—Operaciones mutilantes.—Las que se practican varían según el grado y extensión de las lesiones.

Pueden efectuarse por la vía abdominal o la vía vaginal. Se prefiere la abdominal porque permite apreciar con exactitud las lesiones por la mayor luz que se obtiene abriendo el vientre; porque puede explorarse más extensamente la pelvis menor y porque es posible la extirpación radical de los órganos anexiales, sin llegar a causar daños en las otras vísceras.

La vía vaginal se prefiere cuando la pelvis menor está ocupada por bolsas purulentas poco adherentes y se trata de mujeres muy obesas con corazón graso o en las mujeres funcionalmente muy debilitadas.

A.—*Salpinguectomía*.—La castración unilateral está indicada en los casos de salpingitis unilaterales, (ablación de la trompa enferma), en hidrosalpinx, en el embarazo tubárico roto o no. Se aconseja también que cuando se extirpa una trompa debe extirparse también y al mismo tiempo, el ovario correspondiente. Esta operación se puede llevar a efecto tanto por la vía abdominal como por la vaginal.

B.—*Salpinguectomía e histrectomía*.—Cuando el proceso es bilateral y se trata de lesiones graves, inconservables, no solamente se

aconseja hacer la salpinguectomía bilateral, sino que ésta debería ser seguida de la histerectomía, que sería el método de elección, porque siempre se encuentra un útero grande, doloroso, afecto de metritis parenquimatosa y dejarlo es tanto como correr el riesgo de que por la persistencia de los dolores y las molestias, se hiciera después una histerectomía secundaria.

Esta operación, como la anterior, puede efectuarse por la vía abdominal (siempre de elección) o por la vía vaginal.

La histerectomía abdominal puede ser parcial, supravaginal (subtotal) en los casos de afecciones bilaterales de los anexos: salpingitis doble, hidrosalpinx, embarazo extra-uterino de un lado con lesión de los anexos del otro. Puede ser total con conservación de los ovarios, cuando éstos se hallen sanos o no muy profundamente lesionados, con el objeto de conservar el equilibrio endócrino de la mujer y preservarla contra los inconvenientes de la menopausia artificial.

Ligeras variaciones y comentarios del tratamiento

No se vaya a pensar que proponemos un nuevo método en el tratamiento de las salpingitis, porque ciertos principios terapéuticos clásicos son de una eficacia tan real, que su uso generalizado ha tomado ya carta de naturalización y no seremos nosotros los que vayamos a rebatirlos. Únicamente anotaremos algunas particularidades acerca de tales o cuales medicamentos o técnica operatoria, según la experiencia adquirida en ellas y es el caso que todo médico se ajusta a su propio tratamiento, que sin salirse de las normas básicas, es al que le tiene más confianza por el uso que de él ha hecho. Aplicar aquellos métodos que el criterio y el caso por tratar exijan y requieran, es la mejor conducta que puede seguir el médico. Un médico afirmaba que por haber leído tantos tratamientos no creía en ninguno y sólo se atenia a lo que su práctica le había aconsejado.

Tratamiento profiláctico.—Los conocimientos adquiridos acerca de la etiología de las complicaciones anexiales, encierran implícitamente la indicación de los medios con la ayuda de los cuales se puede, hasta cierto punto, prevenir el desencadenamiento de esas lesiones. Se pueden evitar las 3/4 partes de esas infecciones cuando se procura el tratamiento precoz de la metritis, por los métodos apropiados contra esa lesión.

Para prevenir las salpingitis puerperales, se recomendará el

reposo suficientemente prolongado después del parto o aborto y una asepsia rigurosísima en el tratamiento de la metritis que existiera.

Cuando se trata de la metritis gonocócica y se quiere prevenir sus complicaciones salpíngicas, el método de elección será una higiene bien comprendida del aparato genital en las condiciones fisiológicas primero y después la aplicación de vacunas antigonocócicas, dilatación del cuello, toques intrauterinos, etc.

Cuando la metritis es instrumental, entonces se recomendará la mayor cautela y parsimonia en las maniobras intrauterinas y la asepsia extremosa y sumamente rigurosa. En caso de reacción salpíngica durante el tratamiento de una metritis, la conducta por seguir es la suspensión absoluta de todo tratamiento instrumental.

Si se quiere estar al abrigo de las salpingitis de origen colibacilar, cuando se presente alguna afección intestinal se instituirá un régimen alimenticio adecuado y su observación exacta; vigilar el estado del tránsito intestinal para combatir el estreñimiento mediante la administración per os de las vacunas anticolibacilares (Coli-Om, Bacte-Coli-Phage, una diaria en ayunas y fuera de todo otro medicamento, para no anular su acción).

Tratamiento curativo.—En las infecciones agudas de las trompas, la preocupación primordial será la observación absoluta del reposo riguroso, según las indicaciones anteriores, lo mismo que la aplicación de una bolsa de hielo en el vientre.

Contra el dolor, los medios usados serán, en tesis general, los anotados. Usamos los supositorios de Eupaco Merck, uno diario mientras dure el dolor, o como los de la fórmula siguiente:

Extracto de belladona	0.01 grs.
Extracto de opio	0.01 „
Analgesina	0.20 „
Manteca de cacao: c. b. para 1 supositorio, 3 al día.	

Los enemas que se retendrán, como los de las fórmulas siguientes:

Agua destilada	100 grs.
Cloruro de sodio puro	7 „
Antipirina	2 „
Para II enemas, dados con perita.	

Agua destilada	100 grs.
Tintura de belladona	XXX gotas
Láudano de Sydenham	XX „
Tintura de canabis indica	XL „

Para II enemas

Se pueden usar los enemas de una u otra fórmula aisladamente o bien, los dos juntos, pero alternándose, cada tres horas.

Por vía oral se pueden administrar píldoras con la fórmula siguiente:

Eupaverina	0.15 grs.
Extracto de belladona	0.01 „
Valerianato de amoniaco	0.10 „

Para I píldora, X iguales, 1 cada 3 horas.

(utilizados sobre todo en los casos de dolores espasmódicos y de la existencia de fenómenos intestinales).

En lugar de la morfina, preferimos usar las tabletas de Euodal Merck o los de Cibalgina (tabletas o ampolletas) ya que se toleran mejor que aquélla y los fenómenos de auto-intoxicación y habituación son menores.

Contra el meteorismo, las náuseas y vómitos, la retención urinaria, las indicaciones son las mismas que las ya anotadas. Como antiséptico urinario se usa y con buenos resultados las tabletas de Helmitol Bayer, 3 al día.

Contra la fiebre, respuesta defensiva del organismo, preferimos no usar medicamentos antitérmicos.

Para combatir la constipación, adoptamos los laxantes a base de vaselina líquida, tales como las preparaciones de Lujol, Agarol, Petrolagar, etc.

En caso de la duda de la coexistencia de un proceso salpingeo con la apendicitis, es preferible prohibir terminantemente los purgantes.

En este período usamos los grandes lavados vaginales y rectales, calientes, con cánula de doble corriente, procurando defender la piel que resiste el calor mucho menos que las mucosas.

Contra la septicemia, además de los medios señalados, usamos con ventajas, las ampolletas de extractos leucocitarios de 10 c. c. puestas cada tercer día; la pioformina, 2 inyecciones diarias, etc.

En las salpingitis post-partum, las sales de cobre dan buenos resultados, en preparaciones como las ampolletas de Cuproformina, sulfato de cobre amoniacal, por vía intravenosa, 1 diaria o cada 8 horas (depende de la gravedad del caso). El suero antiestreptocócico es de buenos efectos en estos casos.

Se pueden usar y con brillantes resultados en este período, las vacunas antigonocócicas, tales como el Neocalgonogen por vía intravenosa, combinadas con la autohemoterapia, o las del Dr. Demonchy por vía intramuscular; en casos urgentes la inyección puede ser diaria. Esta vacunación está contra-indicada en los casos de hipertermia manifiesta y la hemoterapia en los casos de insuficiencia hepática.

En los casos sub-agudos, el tratamiento será el mismo que en los casos agudos, pero más atenuado. Es aquí donde mayor justificación encuentra el empleo de las vacunas. Lo mismo se recomendará la columnización de la vagina porque de esa manera se logra inmovilizar los órganos genitales.

En los casos crónicos, el tratamiento de la endometritis crónica es el tratamiento de las salpingitis.

Aquí usamos los óvulos con principios biológicos, como los óvulos Grémy Núm. 41, con la colocación después de ellos, de algodón en rama ocluyendo la vagina, durante 24 horas o hasta que se disuelva el óvulo, puestos cada tercer día; torundas empapadas en glicerina ictiolada al 15% o en glicerina yodada oficial: columnización de la vagina.

Desinfección del endocervix a base de toques débiles de nitrato de plata al 3%, tintura de yodo al 10%, cloruro de zinc al 5%, Curiosan en toques o en pequeñas instilaciones endocervicales (2 ó 3 c. c.)

Dilatación del cuello con mucho cuidado después de una asepsia rigurosa, maniobra que facilita la canalización de la matriz y de las trompas.

Vacunación local con las ampolletas de Immunizol Grémy Núm. 41, sobre el cuello uterino, submucosas, en distintos sitios del mismo. Trae consigo reacciones de intensidad variable y son ellas las que sirven de índice para calcular el aumento de las dosis, así como la fecha de aplicación, pero por regla general, serán 2 ó 3 inyecciones semanarias.

En cuanto al espaciamiento de las relaciones sexuales, deben regirse tomando muy en cuenta el temperamento de la mujer, método

necesario, porque una abstención absoluta o el espaciamento prolongado en mujeres de temperamento ardiente y sanguíneo, trae como consecuencia la congestión de los órganos pélvicos y ya sabemos la influencia desfavorable de ello.

En cuanto a la diatermia, es preferible usar la vagino-abdominal. Las sesiones serán variables porque cada enferma es una indicación. Generalmente serán 2 ó 3 sesiones semanarias con un total de 10 a 12.

Para la resolución de los exudados y el reblandecimiento de las adherencias, usamos preparaciones derivadas del éter bencil-cinámico en forma de Cinamol, Fibrolisina, etc.

En cuanto a las curas hidrominerales, hay que reconocer que nuestros conocimientos a ese respecto y en nuestro medio, son muy escasos y de ahí que no se prescriban las curas en estaciones termales, para la ayuda de las salpingitis. Cuando menos, nosotros no tenemos experiencia sobre el particular.

Tratamiento quirúrgico.—A este respecto sólo tendremos que hacer algunas pequeñas consideraciones, porque no estamos facultados para aconsejar al cirujano el mejor método que tenga que seguir, porque éste será el único capacitado para verificar la operación que crea más conveniente.

Unicamente diremos que la colpotomía, para nosotros, es sólo un expediente útil en enfermas cuyo estado de gravedad sea tal que no resistan la operación por vía abdominal: mujeres muy débiles, caquetizadas, que no pueden resistir el choque operatorio o los efectos de una anestesia prolongada. Pero para aquellas cuyo estado les permite resistir la laparotomía, no estamos de acuerdo ni un sólo momento en que se les practique la colpotomía, porque más que ventajas presenta inconvenientes: por la septicidad patente de la vagina que hace que se agregue una nueva infección a la de la bolsa abierta; además del peligro de la infección, cuando una enferma colpotomizada se opera más tarde por la vía abdominal, las adherencias que se hallan son más intensas que antes y se opera sobre un campo de mayor septicidad por la razón dada anteriormente.

Es preferible en todo momento intervenir por la vía alta, porque además de las razones expuestas en su oportunidad, agregamos las siguientes: la peritonización es más correcta, se impiden las adherencias posteriores y la colocación de los órganos se hace siempre bajo el control de la vista del cirujano. No se opera a ciegas o incompletamente.

Reservamos la vía vaginal sólo en caso de contra-indicación de la abdominal: mujeres muy obesas o muy debilitadas, ya que en ese caso se restringe al mínimo el peligro de toda intervención quirúrgica que requiere más tiempo, más anestesia y más choque.

Algunos tratadistas clásicos y lo hemos anotado, aconsejan que la salpinguectomía debe ser seguida de ovariectomía. Ese no es el modo de pensar de todos los cirujanos, ya que si el ovario no está perdido completamente, mejor que extirparlo debe hacerse su tratamiento, que en algunos casos será la simpactectomía ovárica, para modificar su circulación.

En cuanto a la histerectomía, unos aconsejan la subtotal y otros la total; entre estos últimos, el Dr. de los Ríos, y se funda en las siguientes razones: mejor canalización; no dejar un cuello infectado, que además de ser perjudiciales son inútiles y en tratándose de procesos neoplásicos del endocervix, pueden ser origen de una reproducción del mismo.

II. — INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES DEL METODO CRUENTO Y DEL NO CRUENTO

Pocas han sido las cuestiones que tan apasionadamente se han discutido como es el problema terapéutico acerca del tratamiento de las lesiones inflamatorias de los anexos. Indiscutiblemente que esas discusiones han nacido y encuentran su razón de ser, en las múltiples formas anatómo-patológicas que las salpingitis presentan.

Ambas corrientes antagonistas han llegado a ser extremistas y radicales en sus conclusiones y así se ha visto que ciertos cirujanos, muy enamorados de su arte y teniendo una confianza absoluta en sus habilidades y en los adelantos que en el campo de la Cirugía se ha logrado, lleguen a considerar que la curación y el restablecimiento de la salud de las enfermas esté únicamente en la pronta ablación de los anexos enfermos y al lado de ellos, por el contrario, muchos médicos se muestran rebeldes a toda intervención quirúrgica, llegando al extremo de aceptar únicamente aquella que fuera impuesta por la necesidad absoluta de abrir un absceso pelviano y combaten con energía toda tentativa de exéresis aun frente a las lesiones bien caracterizadas y a trastornos gravísimos del estado general, por la creencia del peligro que toda operación lleva consigo muy a pesar de la técnica irreprochable y la asepsia más completa, además de los desórdenes que esa intervención puede engendrar en el organismo.

Es infantil querer llevar las cosas a los extremos que ambos opo- sicionistas se colocan, porque seguramente que tanto de una parte co- mo de la otra, hay una exageración patente. Y una vez más se aconseja el eclecticismo en tales circunstancias, ya que frente a una enferma afecta de salpingitis, nada autoriza para imponer o rechazar uno u otro tratamiento y no es más que la naturaleza misma de la lesión, la evolución que haya seguido y otros factores más, lo que hace que en la conciencia del médico se plantee el problema, pero sin prejuicios y se incline hacia uno o hacia otro de los tratamientos, llevando siempre en su mente la idea de proponer lo mejor para be- neficio de sus pacientes, sin que en él prive un concepto radical.

Las indicaciones operatorias no han perdido su legítimo pues- to ante el temor de la mutilación por la influencia de un pronóstico sombrío. Es la presencia del momento indicativo las que las rige, es- tando ya fuera de duda la conducta de intervencionistas y absten- cionistas, cuyos matices sólo se conciben durante la formación de la ciencia o en la discusión de las materias abstractas, pero nunca cerca de la sufrida enferma, quien, por habernos llamado a su ca- becera, ha puesto en nosotros su confianza y nos ha entregado su porvenir y su vida.

Naturalmente que se observa una ligera reacción conservadora entre los intervencionistas, fundada principalmente en las estadís- ticas, que arrojan un porcentaje igual o un poco menor para los casos de curaciones completas tributarias del tratamiento médico y que han alterado un tanto las ideas de ciertos médicos y los han alentado para aconsejar el tratamiento expectante, mientras el mé- todo no cruento obra.

El Dr. G. Castañeda dice en uno de sus aforismos de Terapéu- tica Quirúrgica: Los antiguos decían: donde hay pus, abrir; los mo- dernos dicen: según. Y es que a juicio de los modernos, mientras más se estudian a los enfermos, menos se operan. Y la experiencia ha mostrado la legitimidad y la necesidad de las operaciones qui- rúrgicas en la terapéutica ginecológica, al mismo tiempo que ha consagrado los efectos de la expectación armada, mantenida en cier- tas condiciones. Porque viendo, en el curso de una operación grandes trompas quísticas envueltas en falsas membranas y soldadas a los órganos vecinos, ningún médico abstencionista tendrá razón alguna para disputarle al cirujano el privilegio de intentar la curación de esas lesiones por la extirpación de las mismas. Al mismo tiempo que no hay duda de que un tratamiento puramente médico, instituido en el momento del desencadenamiento de ciertas salpingitis y rigu-

rosamente seguido, pueda tener una acción muy favorable en la evolución de esas lesiones, ya que al lado de las supuraciones quísticas de las trompas hay otras lesiones simplemente inflamatorias que se calman y curan con el tratamiento muy sencillo del reposo y las demás indicaciones que el tratamiento médico preconiza: los exudados se reabsorben a la larga, las adherencias se reblandecen, las alteraciones tubáricas se modifican con el tiempo y regresan poco a poco y a mayor abundamiento, se puede agregar que sea porque el líquido encerrado en las trompas se reabsorba o se derrame en la cavidad uterina, el hecho es que muchas veces se observan la desaparición completa de las masas anexiales y las dimensiones que adquieren presagian una marcha también favorable.

Hay que vigilar a las enfermas de muy cerca, porque una salpingitis que no se mejora en un tiempo razonable es una salpingitis que tiene el riesgo de llegar a ser muy grave: en la duda y la incertidumbre mejor vale intervenir y pecar por exceso de atrevimiento que por exceso de prudencia, que es, en igualdad de circunstancias, mucho más peligrosa.

Todas estas consideraciones y muchas otras más abogan en favor de un tratamiento expectante prolongado, pero siempre y cuando las lesiones no sean de tal naturaleza que comprometan la salud y la vida de las enfermas. De estas mismas consideraciones se desprenden las indicaciones de los dos tratamientos.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO NO OPERATORIO.—

1o.—En ningún sitio hay mejor acomodo y está más netamente indicado el tratamiento médico que en las formas agudas de salpingitis, tributarias de él cualquiera que sea su naturaleza y su origen. Instituirlo siguiendo los cánones establecidos para ello, es la mejor conducta que puede seguir el médico, pero sin olvidar nunca que es en esos momentos cuando más indicaciones tiene y más necesitado está de llamar al cirujano cuando los síntomas del principio no se calman y que por el contrario, van en aumento, lo que nos debe hacer pensar que se trata, no ya de una salpingitis sino de una peritonitis generalizada producida por la rotura de un quiste purulento, de una hemorragia interna por rotura de una trompa grávida o porque se trate de una torsión pedicular producida bruscamente o en caso de graves infecciones post-partum. La expectación es tanto más aceptable cuanto que las complicaciones anotadas son más raras, porque fuera de ciertos casos urgentes, el cirujano prefiere la in-

tervención en frío, contentándose antes con seguir una terapéutica puramente médica.

2o.—En las formas crónicas, el tratamiento no cruento encuentra también sus indicaciones. Si se trata de una salpingitis crónica supurada, pero abierta, en amplia comunicación con el útero, comprobada en la exploración por la no formación de ninguna bolsa salpingea, el tratamiento continuará siendo médico hasta que logremos o la regresión completa de los signos de la supuración o hasta, que por avance de los mismos, se constituya una salpingitis cerrada, en cuyo caso la conducta por seguir variará según las circunstancias.

En las salpingitis crónicas no supuradas, unas serán tributarias del tratamiento incruento y otras del cruento. Es en ellas donde surgen los matices, que solamente el médico podrá resolver cuando las observe detenida y largamente, para aconsejar lo que su criterio le dicte.

CONTRA-INDICACIONES DEL METODO MEDICO.—1o.—Cuando una salpingitis aguda que da lugar a un síndrome ginecológico también agudo se convierte en síndrome abdominal, entonces, no digamos que se pierde el tiempo instituyendo un tratamiento médico, sino que se pierde una vida y es entonces cuando el tratamiento operatorio entra en funciones y eso, lo más pronto que sea posible, porque es cuestión de minutos lo que se trata de ganar y como ya de antemano se estaba preparado para una intervención armada (cuando naturalmente se había visto anteriormente a la enferma) no hay justificación ninguna para el médico cuando la enferma sucumba y se pretenda atribuirlo a la falta de tiempo. Indiscutiblemente que se trata de una operación de urgencia que se impone y no que se propone y que debe practicarse cualquiera que sean las condiciones que prevalezcan, como cuando se trata de una herida penetrante de vientre.

2o.—Cuando, en los casos sub-agudos y crónicos, se está frente a grandes colecciones purulentas que no han sido influenciadas por el tratamiento médico prolongado, en cuyo caso, también se impone el acto quirúrgico que se logra hacer en mejores condiciones, porque a pesar del fracaso del tratamiento no operatorio, ésta ha influenciado sobre el estado general de la enferma y entonces siempre se entregará al cirujano una enferma mucho mejor preparada.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO.—No debe ser indistintamente aplicado a todas las enfermas, ni tampoco

co desde el principio del padecimiento, fuera de los casos que ya hemos señalado.

Las indicaciones de su aplicación se derivan de las indicaciones y contra-indicaciones del tratamiento incruento. Serán por lo tanto:

1o.—Las formas sobre-agudas, cuando se encuentran accidentes amenazadores causados por la ruptura de un absceso tubárico, por la generalización de una pelvi-peritonitis o por síntomas de hemorragia interna consecutiva a la rotura brusca de un embarazo extra-uterino o por el aborto del mismo. En estos casos, la operación adquiere caracteres de extra-urgente y cualquiera que sean las condiciones del medio y de la enferma, debe practicarse sin importarnos los resultados obtenidos por la intervención, porque de no hacerlo las probabilidades de muerte serían del 100% y efectuándolo serían, si se quiere y se exagera, del 99%, quedando por lo tanto, un ligero márgen, del 1%, de probabilidades de salvar la vida de la enferma. Y quién en estas condiciones no se atreve a intervenir? En estos momentos hago caso omiso de esas operaciones practicadas en poblaciones pequeñas y con escaso material y recursos, porque muchas veces al médico piensa que si todas las circunstancias son adversas a la intervención, prefiere no intervenir porque no se llegaría a comprender nunca que la muerte de la enferma no fué por falta de habilidades y conocimientos de su parte, sino por su incompetencia e impericia, y naturalmente que su prestigio (y en ocasiones su vida misma) se ven seriamente comprometidos. Acerca de este tópicó, muy interesante por cierto, cabría que médicos más iluminados vinieran a resolver las dudas que asaltan en esos momentos y aconsejaran la mejor conducta por seguir.

2o.—Otra indicación imperiosa está regida por los síntomas y signos netos de una supuración que tenga probabilidades de extenderse a los órganos vecinos de manera rápida: elevación de la temperatura, tensión creciente de la masa inflamatoria, infiltración edematosa de las regiones vecinas, la comprobación de un punto saliente, particularmente doloroso, ciertas reacciones observadas por el lado de los órganos circunvecinos: rectitis con tenesmo, cistitis, expulsión de mucosidades glerosas, la hiperleucocitosis, datos todos que reclaman el concurso urgente del cirujano, en cuyo caso puede ejecutar operación más seria, porque la colpotomía no sería más que un tratamiento quirúrgico paliativo.

30.—Todos los casos en donde la persistencia de las lesiones, sus recidivas frecuentes, la prolongación indefinida de los dolores y los diversos trastornos que son su consecuencia, muestren y hablen de la ineficacia y del fracaso del tratamiento médico, es otra indicación que pasa a ser del dominio exclusivo de la cirugía, muy a pesar de la observación rigurosa del reposo durante semanas y meses, las medidas más racionales y las precauciones más minuciosas, en las que las alteraciones de los órganos permanecen estacionarias o aumentan de intensidad, recidivas ocasionadas por causas mínimas e insignificantes: retorno de la menstruación, evacuaciones intestinales, etc. El Dr. Castañeda opina que al pus frío salpingiano hay que aplicarle curación radical.

40.—El estado social de la enferma es factor de indicaciones operatorias especiales. En algunas mujeres se está obligado a aplicar una acción más activa y son aquellas que se ven obligadas a trabajar para vivir, porque en ellas es imposible aplicar correctamente el tratamiento médico y de no hacerlo así y en el momento más oportuno, es decir, después de un ataque agudo que se ha enfriado, se corre el riesgo, más tarde y en ocasión de recidivas, de tener a una enferma en peores condiciones que anteriormente, ya que su lesión crónica tuvo que repercutir sobre el estado general del organismo y quizá entonces la operación no sería tan conservadora como en un principio y se podría, en último término, practicar una histerectomía total. Una operación así practicada adquiriría el carácter de profiláctica. Insistiremos en ella un poco después y veremos sus ventajas y desventajas.

50.—Ciertas indicaciones conservan sus matices, que como ya hemos dicho, el buen juicio y criterio médico y clínico, sólo podrán resolver. Se afirma que ciertas salpingitis catarrales crónicas e intersticiales muy antiguas, los hidrosalpinx, los hematosalpinx y todas las formas de piosalpinx, deben ser operadas. No se puede afirmar rotundamente tal cosa, porque ciertas de estas lesiones pueden regresar, si no completamente, cuando menos lo suficiente para garantizar un futuro menos sombrío y eso se puede saber por la vigilancia y control constante de la enferma. Solamente cuando no regresaran nada, es cuando cabría pensar en operar.

Si por ejemplo, estamos frente a una salpingitis muy antigua, tratada médicamente y cuya evolución haya sido influencia por el mismo y el proceso sea unilateral, el tratamiento no es necesariamente operatorio, porque no se podría argüir que se hace para com-

batir la esterilidad, puesto que si es de un solo lado, cabe la posibilidad de un embarazo por una trompa que permanece sana. Lo mismo podemos decir de un hidrosalpinx pequeño y unilateral. En cuanto al hematosalpinx, se recomienda en su tratamiento lo siguiente: reposo absoluto, bolsa de hielo, expectación en el período agudo; después de él, revulsivos, drenaje uterino; si no hay tendencia a la disminución, salpingostomía (esto siempre y cuando no haya producido hemorragia interna copiosa o que continúe sangrando). Esas indicaciones sólo deben discutirse con la enferma, haciéndole notar la verdad de los hechos y si ella consiente, se hará la operación, que entonces será operación de complacencia.

¿Cuál es el mejor momento de la intervención?. Fuera de aquellos casos sobre-agudos, el mejor momento para practicar la operación es aquel en el cual la paciente, ya con su proceso y sus lesiones bien diagnosticadas, se halla en un período de calma relativo, en el que sus desórdenes generales no sean acentuados, es decir, cuando la lesión se ha enfriado completamente, pero que por el peligro que entraña una recidiva, debe efectuarse lo más pronto que sea posible, cuando ya la operación ha sido propuesta, discutida y aprobada tanto por la enferma como por sus familiares, ya que hay tiempo para ello.

III.—FACTOR SOCIAL DEL TRATAMIENTO

Bajo este título entendemos el tratamiento que se debe seguir en las inflamaciones anexiales, teniendo como preocupación primordial la condición social de la enferma que las padece.

Según nuestro juicio, importa mucho saber las condiciones que rodean a nuestras pacientes, para que nuestra conducta terapéutica sea la que mayores beneficios pueda proporcionarles tanto en el momento presente como en el futuro.

Naturalmente que no negamos que la Medicina debe ser única y que sus principios generales deban aplicarse a todos por igual, pero téngase entendido que es en sus principios generales y no en los particulares, porque de la misma manera que la Patología considera enfermedades y la Clínica enfermos, así en Terapéutica hay enfermos según la condición social y económica que guardan. Tal vez se piense que de esa manera se materializa el arte de curar, pero no pasa precisamente eso, si no por el contrario, se trata de esa manera de humanizarla más, porque la terapéutica considera

abstractamente los diversos medios curativos y recomienda tal o cual medicamento para determinado padecimiento, ¿pero qué médico no se ha encontrado en su vida profesional con casos en que la paciente, falta de recursos, no puede satisfacer la demanda hecha por una prescripción médica, receta que entre sus componentes se colocan sustancias que en el mercado se cotizan monetariamente a altos precios y que no es posible sustituirlas en su acción, por otra? y ¿quién no ha visto la necesidad frecuente de recurrir constantemente a fórmulas magistrales porque las medicinas conocidas como de patente son prohibitivas para ciertas clases de personas? y tanto es así, que aunque los libros de terapéutica no lo aconsejan, las personas encargadas de difundir esos conocimientos, sintiendo esa necesidad, la hacen notar para que la conducta por seguir sea la más cercana a las realidades materiales de la vida.

Y si en padecimientos de evolución cíclica priva ese concepto ¿qué se podría argüir de las enfermedades que no tienen ciclo y que son tributarias algunas de ellas, del tratamiento quirúrgico? ¿Es qué todas las mujeres estarán en condiciones de costear la operación? Se me contestaría inmediatamente que para eso se han fundado los hospitales; bien, de esa manera el problema se ha resuelto en parte, pero nunca totalmente, porque muchos tratamientos deben aplicarse durante un lapso de tiempo siempre largo, como en el caso de los padecimientos que nos ocupan y poniendonos en el caso que en los hospitales se pudiera llevar a cabo completamente ¿no llegaría un momento en que todos esos centros benéficos estuvieran llenos, mientras que a sus puertas estuvieran esperando otras tantas más y que reclaman el mismo derecho de que otras gozan y que no pueden disfrutar porque no hubiera lugar, aún cuando su estado físico fuera peor? Indiscutiblemente que sí llegaría y entonces el problema volvería a adquirir los mismos caracteres anteriores.

Así pues, justificada es la manera de pensar que el factor económico, derivado del social, deba ser una preocupación del médico, sin que trate de evadirla, porque entonces caería en una falsedad, cuando tratara de recomendar, por ejemplo, curas en estaciones termales a una paciente que apenas cuenta con el dinero suficiente para llevarse a la boca un mendrugo. Y si esas curas hidrominerales no fueran el fundamento del tratamiento, se podría prescindir de ellas; muy bien, pero sin llegar a ese extremo, ¿podríase prescindir de tratamientos fundamentales en otros casos y que representa-

ran tan sólo una, pero insignificante erogación monetaria, pero que ni siquiera así se podría cubrir? No, porque faltar ese tratamiento restringido al summum y con los medicamentos indispensables, es como si faltara el médico que va ayudar al organismo a defenderse y entonces dejar que la sola naturaleza obre, aún cuando se le vea a ésta flaquear.

Consecuentes con esa manera de pensar y esquematizado mucho el asunto nosotros proponemos clasificar a nuestras pacientes, en el tratamiento de las inflamaciones anexas, en dos categorías: mujeres de posición acomodada y mujeres laborantes e indigentes. Las primeras serían aquellas cuyos compromisos y deberes no fueran más que sociales; las segundas, aquellas que se verían obligadas a trabajar para subsistir o que viven de la caridad pública. En las primeras, por su misma condición económica, es factible pensar en una educación más elevada y en las segundas, claro que con excepciones, fueran más ignorantes. Y esto que al parecer no tiene importancia, juega un papel preponderante en el tratamiento de las salpingitis y véase si no: el tratamiento profiláctico, cuyos resultados son tanto más eficaces cuanto más precozmente se ha instituido, busca la detención o prevención de la infección uterina (ya que la causa primera de las salpingitis es la metritis); ahora bien, muy frecuentemente las mujeres, dominadas a la vez por un sentimiento de excesivo pudor y por la creencia de una intervención quirúrgica, se esfuerzan por ocultar su mal; no consultan al médico sino cuando la metritis que padecen es ya crónica y ya hace tiempo que se ha instalado y por lo tanto, ha habido oportunidad para que se produzcan las salpingitis; algunas pretenden demostrar valor y no dan importancia a los dolores lumbares, abdominales o pélvicos, sin relación con sus menstruaciones, a sus pérdidas blancas que consideran como inconvenientes propios de su sexo y por lo tanto, no cesan de ocuparse de sus niños, de su trabajo, del gobierno de su casa o de sus placeres y no se detienen en esa conducta atentatoria contra su salud, sino hasta que sus molestias son muy grandes y ya existen graves trastornos en su aparato genital; esta peligrosa indiferencia que juega un papel incuestionable en la agravación de las afecciones genitales ¿quiénes son las que más frecuentemente se ven dominadas por ella? Indiscutiblemente las mujeres que por su ignorancia no ven el peligro que entrañan y dejan por lo tanto correr el tiempo sin preocuparse de su estado; no es patrimonio de las mujeres que por sus conocimientos saben bien que siem-

pre vale más prevenir que tener que remediar y que apenas acusan alguna molestia, llaman al médico para que vea de lo que se trata. Incuestionablemente, son ellas las que menos tributos pagan a esos trastornos que emponzoñan la existencia, porque supieron desde el principio la gravedad posterior de una apatía criminal.

El tratamiento de las mujeres que gozan de una posición social y económica desahogada, sería exclusivamente médico, fuera de aquellas indicaciones precisas en que el quirúrgico se impusiera (síndrome abdominal agudo a consecuencia de un síndrome ginecológico; grandes piosalpinx en que la restitución completa además de no lograrse, fuera motivo de graves complicaciones, etc.) En ellas se puede recomendar el reposo prolongado durante semanas y aún meses, con consideraciones que se harían acerca de su estado general que su educación o desarrollo intelectual lograrían asimilar fácilmente por su misma conveniencia y en el que pronto verían sus resultados y como la posición desahogada de que gozan les permite abstenerse de toda ocupación material, ese tratamiento rendiría todo lo que de él puede esperarse. Además de ello, pueden costearse fácilmente el tratamiento a base de vacunación local y regional, medicamentos que levanten su estado general, la permanencia en estaciones termales, tratamiento higiénico-dietético riguroso y escrupulosamente seguido, etc.

No serían, pues, más que en contadas ocasiones, tributarias del tratamiento cruento, ya que el médico puede ser seguido por un tiempo largo y rendir todos sus beneficios.

Por el contrario, en las enfermas pobres, es ilusorio pretender que este tratamiento se lleve a cabo en toda su extensión y con los resultados halagadores que de él se esperan siempre, porque, por ejemplo, el reposo absoluto durante 4 ó 6 semanas, tratamiento que a la vez que básico no cuesta nada, es imposible que se lleve a cabo en ellas. Dice el Dr. Gastelum a este respecto "aquí es donde protestan los filisteos de la Medicina: una pobre, sostienen, no puede estar 6 semanas sin trabajar, atender a los quehaceres de su casa y dejar abandonados a sus hijos; por tanto, hay que proceder en ellas activamente, aliviándolas. Nosotros sabemos que éxito tienen las intervenciones abdominales en momentos de intoxicación aguda; que es lo que pasa cuando se van a romper adherencias salvadoras. No podría justificarse desde ningún aspecto el sacrificio de las pobres porque necesiten trabajar; en todo caso, este sería un motivo para obligar a los ricos que vinieran en su ayuda."

Pues bien, el mismo Dr. Gastelum señala la causa de uno de los principales escollos del tratamiento, derivado de la larga evolución de las salpingitis, porque en efecto, exige el reposo en cama durante mucho tiempo y estas mujeres por razón de su misma condición, a la primera mejoría que sienten, comienzan de nuevo y no bajo cualquier pretexto, sino obligadas por sus necesidades, sus ocupaciones que son pesadas, tales como lavar pisos, cargar fardos, la atención de sus hijos pequeños, la sustitución del hombre en muchos de sus trabajos habituales, la manutención de una familia por el trabajo de ellas; etc. causas que al realizarse aumentan la tensión de las paredes abdominales y congestionan los órganos pélvicos, todo lo cual hace que se comprometan los resultados obtenidos. Pero aún esto no lo es todo: se trata de gente pobre cuyas distracciones y placeres se ven reducidos al mínimo, si es que no les faltan por completo; ahora bien, esa falta de distracciones hacen que el hombre y la mujer, permaneciendo siempre juntos, no tengan otra preocupación que el acto sexual y ¿acaso no es lo más lógico en seres cuyos ratos de ocio no los pueden utilizar en placeres de otra naturaleza? Y así es en efecto, y muestra patente de ello, es que las mujeres del pueblo son las que más hijos tienen, las que más miseria sufren por ello. Naturalmente que las reinoculaciones y las infecciones secundarias a las que se exponen por la repetición de las relaciones sexuales, sean nuevas fuentes de sus recaídas. Y al afirmar esto no nos hallamos fuera de la realidad y he aquí un caso concreto: las enfermas que asisten a los servicios gratuitos de los consultorios públicos, en los que no tienen necesidad de hacer el menor gasto, llegan en un período agudo de su padecimiento y mientras éste dura con toda su intensidad, van puntuales y diariamente, alarmadas por su estado (fijarse bien en este detalle: tienen que ir de sus casas a los consultorios y que por lo tanto, la base fundamental del tratamiento médico, que es el reposo, no se lleva a efecto en ninguno de los casos); cesa el período agudo tanto con ayuda del tratamiento como de la evolución especial de la enfermedad, pero no completamente y por el hecho de sentirse mejor piensan que se hallan aliviadas y repentinamente dejan de asistir "porque se sentían mejoradas" y vuelven a dedicarse a sus quehaceres domésticos, que no los habían dejado completamente, pero que se habían abstenido relativamente de ellos por las prescripciones médicas que se les daba; al cabo de x tiempo, siempre muy corto (3 ó 4 meses) vuelven en las mismas condiciones que anteriormente y hasta en peores, para someterse a

un tratamiento que por todos conceptos es deficiente, pero no por el mismo tratamiento, sino por su apatía y más aún que eso, por la fuerza de las circunstancias, aquellas que se derivaban del hecho de que no podían abandonar completamente su casa y sus ocupaciones.

¿Cuál es el resultado de todo esto? Que al fin, las mismas mujeres, desesperadas por ese continuo sufrir, demandan y reclaman la curación radical de su padecimiento "aunque tengan que operarlas". Y entonces ¿qué se habría ganado con todo ese tiempo de espera, en el que la mujer estuvo constantemente sufriendo y que se llega como resultado final a la intervención quirúrgica? Una cosa: el que las enfermas estén en peores condiciones que antes para asegurar un mejor éxito operatorio y que la cirugía conservadora tenga menos indicaciones que en el principio del mal, por recurrirse entonces a las operaciones mutilantes por la extensión del proceso.

En ellas, el factor tiempo y recursos es un pavoroso problema, del que el médico consciente y racional del ejercicio de su profesión, no debe olvidar nunca, ya que las enfermas se doblegan ante él, sin importarles su vida.

Otro detalle del tratamiento médico que no pueden poner en práctica y siempre por las mismas razones apuntadas antes y tantas veces, es la observación estricta y rigurosa de una higiene irrepachable: alimentación sana y moderada, aereación suficiente, calma física y moral, etc., porque convencerlas de ello sólo se lograra en el momento en que se hallan frente al médico que les hace ver la conveniencia de seguirlos rigurosamente, pero lo desatienden lamentablemente ya porque piensan que es exageración del mismo médico o porque les es materialmente imposible llevarlos a cabo y entonces, toda la eficacia del tratamiento, que depende en gran parte del entendimiento de la conciencia con la cual es aplicada, se ve frustrada y ese mal resultado repercutirá necesariamente en la importancia decisiva para fijar un pronóstico de la afección, en el futuro, más sombrío.

El deseo ardiente de la maternidad es asunto que merece de nuestra parte el respeto más sublime, legítimo orgullo que nunca debemos olvidar en nuestra terapéutica y ¿sería entonces posible procurar respetar ese patrimonio sagrado de ellas, si se nos presentan con sus lesiones muy avanzadas y muy graves, resultado de una terapéutica asaz abstencionista frente a recidivas frecuentes y a la falta de atención médica de las mismas? Naturalmente que no y al pretender en esas condiciones salvar la vida de esas enfermas, sa-

crificamos su función y en jóvenes que tienen un porvenir lejano y nunca por culpa del médico, sino de ellas mismas y más aún que de ellas, de su misma condición social.

¿Qué hacer en tales casos? Lo que se ha propuesto anteriormente y que aparece como una de las indicaciones del tratamiento quirúrgico, según nosotros: operar esas enfermas, pero hacerlo lo más pronto posible; activar su curación por la lesión mínima y parcial, con el objeto de prevenir más tarde la extensión de las lesiones y las operaciones mutilantes.

Pero no se vaya a creer que porque propongamos operarlas lo más rápidamente que sea posible, vamos por eso a descuidar los preceptos que para tal caso se instituyen y las condiciones mismas de la enferma, es decir, creemos que después del período agudo de la salpingitis, fuera del estado de intoxicación, cuando las enfermas han sacrificado unos cuantos días en favor del tratamiento médico, que ha logrado enfriar ese estado de agudez; entonces es cuando se debe intervenir, naturalmente que siguiendo todos los detalles indispensables para una buena intervención: lucha anterior del mal estado general, cuidados pre-operatorios, etc.

No se vaya tampoco a creer que recomendamos la intervención a todo trance, pero si nos esforzaremos en ello cuando se nos presentan casos dudosos en que el tratamiento no cruento y el operatoria se estén, por decirlo así, dando la mano, límites en los cuales optaremos siempre por el quirúrgico; en los casos crónicos que hayan recidivado aunque no sea más que una sola vez, porque ese lógico pensar que esas recidivas pueden continuar y cada vez más frecuentemente.

Las ventajas de tal conducta se han ido desprendiendo de la exposición que hemos hecho: 1o.—Evitar la repetición de las crisis agudas, frecuentes en esas enfermas en razón de sus ocupaciones, sus quehaceres domésticos, de su trabajo, etc. 2o.—Practicar operaciones económicas, en el tiempo en que las lesiones no se han extendido todavía. 3o.—En esas condiciones, luchar contra la esterilidad provocada, por la misma cirugía conservadora, en oposición con las operaciones radicales.

¿Desventajas? No vemos ninguna, porque la razón de que se sacrifica a esas pobres mujeres operándolas, es arma que se vuelve contra ellos, contra los que sostienen ese principio, ya que en lugar

de sacrificarlas se trata de mejorarlas, tanto fisiológica como socialmente.

E. López Sancho dice respecto al pronóstico de las lesiones del aparato genital: "Los órganos genitales no son órganos vitales; se trata de órganos de perfeccionamiento y las funciones que desempeñan, son funciones de lujo que únicamente se realizan cuando sobran energías para vivir, lo cual, si no hubiera otro orden de consideraciones más elevadas, podría hacerse de ellas un pronóstico relativamente benigno, pero suprimir la función más augusta de nuestra especie, es quebrantar hondamente la vida de las naciones y precipitar la muerte de la sociedad y de la civilización".

De estas palabras se desprende que si los órganos genitales son de perfeccionamiento y sus funciones son de lujo que se realizan únicamente cuando sobran energías para vivir, pero que su extirpación tiene un pronóstico desfavorable en la vida social, es más racional nuestra manera de pensar de que se opere lo más pronto posible, porque así se ahorrarían órganos todavía sanos y se lograría mantener el equilibrio endócrino de la mujer por conservación de sus ovarios, mediante las operaciones económicas; ese equilibrio endócrino es de las razones que exponen los defensores de la no operación inmediata, pero precisamente se logra corregir ese desideratum por la pronta ablación de una trompa cuando todavía el ovario no se halla lesionado y dejar por lo tanto a ese órgano, que corrige las deficiencias del equilibrio hormonal por su presencia.

Si esas mujeres, tributarias indiscutibles del tratamiento cruento por su propia seguridad futura, presentan lesiones orgánicas que contra-indiquen la operación, tales como las insuficiencias hepáticas, renales, lesiones cardíacas o pulmonares, etc., esa contra-indicación es sólo relativa porque entonces la conducta sólo toma un derrotero nuevo: al mismo tiempo que se lucha contra el período agudo de la salpingitis, se combaten las lesiones en otros aparatos al mismo tiempo y el suficiente para lograr mejorarlas y eligiendo más tarde la terapéutica quirúrgica más adecuada, menos agresiva y la que menos trastornos pueda ocasionar, por la elección del anestésico, el tiempo de la operación, la técnica, etc.

Las enfermas que se catalogan como pertenecientes a la clientela particular, como es fácil de suponer, son pacientes cuya situación económica les permite desatenderse relativamente de los quehaceres de su hogar y por lo tanto, son más fáciles de sujetarse al tratamiento médico completo y concienzudo. En las enfermas in-

digentes, trabajadoras y menesterosas, su historial clínico marca claramente la cronicidad de sus padecimientos, sus molestias continuas y sus lesiones mucho más graves, resultado de las propias condiciones que ya hemos analizado y que no les permiten someterse a la misma cronicidad del tratamiento médico y necesitan, por lo tanto, algo que sea más rápido en sus efectos y buenos resultados: el tratamiento quirúrgico.

Vamos por último a referirnos a un asunto, que sin salirse del tema por desarrollar, es asunto de comentario y muestra el aspecto social del problema.

Muchas enfermas manifiestan deseos vehementes de que se les extirpen todos sus órganos genitales a causa de las penalidades y sufrimientos de las enfermedades inflamatorias pélvicas y es a veces necesario que el cirujano las persuada de la conveniencia de que se conformen con operaciones conservadoras a fin de evitar sinsabores conyugales posteriormente.

A este respecto el Dr. Amor opina: "la esterilidad producida por el mismo cirujano, esterilidad grave, definitiva, e incurable, obedece mejor que a condiciones e indicaciones científicas, a verdaderos pretextos eugénicos. Las razones que flotan en el ambiente causal de semejantes desatinos quirúrgicos, son de varios órdenes: estético, económicos, etc. Hay jóvenes madres cuya conformación morfológica en sus líneas, más o menos discutibles, se impone como una verdadera necesidad, aunque no lo sea y se impone como tal y con tal fuerza, que inclinan en su favor todas las opiniones, incluyendo la de su médico, que aceptan, fomentan y festejan sus pretensiones. Otras mujeres tienen el escrúpulo de que ni ellas ni sus esposos, tienen los elementos necesarios para educar una prole numerosa y ante este temor, contagian a todo el mundo de la necesidad de que se les opere, aunque después acontecimientos posteriores, cuando las hormonas femeninas hacen y producen nuevos efectos en el sentido de la feminidad y maternidad, despertando en ellas el deseo de tener nuevos hijos o de sustituir alguno o algunos que han muerto, las sacrifique, problema terrible para todos, pero muy particularmente para el cirujano, el más consciente de todos, el de mayor responsabilidad, el que nunca debió precipitarse y producir una esterilidad definitiva, sacrificando sin piedad el sagrado derecho de la maternidad".

Nosotros estamos de acuerdo con tal manera de pensar y respetamos las opiniones expresadas, pero en ocasiones surgen dificul-

tades y diferencias en ese modo de conducirse y entonces el médico se ve obligado a realizar esa esterilidad, con el objeto de prevenir otros sucesos posteriores más graves.

Cirugía de complacencia es, según el Dr. G. Castañeda, la que se ejecuta para complacer al enfermo; es aquella que la clínica no ordena, pero que tampoco prohíbe; en ésta el interesado propone y el médico acepta; *su condición de existir es que traiga beneficios y sea benigna;* el cirujano no puede acceder y cargar responsabilidades de un antojo o capricho.

Ahora bien, relacionando con este problema, vamos a referirnos al caso clínico que expuse en el capítulo de sintomatología, anotando la conducta que seguimos en ese caso y según nuestras razones, creemos y seguimos creyendo que hicimos bien y lo más indicado, pero esa conducta puede ser rebatida y discutible por médicos que tengan otras ideas a este respecto.

Antes de ser operada la enferma, expresó deseos de que se le esterilizara definitivamente. Sus razones: mala situación económica, desaveniencias conyugales, familia numerosa que sostener, etc., sin alegar razones estéticas. No hicimos caso de tales argumentos y no prometimos nada, reservando nuestra conducta para lo que el momento oportuno nos dictara.

El diagnóstico operatorio fué el de un piosalpinx izquierdo, con lesiones inflamatorias avanzadas del ovario de ese mismo lado; existían adherencias entre el colon pélvico y la cara posterior del útero. Se practicó salpinguectomía y ovariectomía izquierda; despegamiento del colon pélvico y como su superficie estaba despulida se procedió a recubrirla con un pedazo de epiplón; el útero por conservarse en buenas condiciones, no se extirpó; la trompa derecha, hiperémica, ligeramente inflamada y gruesa; procedimos a su ablación y respetamos el ovario del mismo lado. Esa trompa pudo haberse conservado y su extirpación se debió, no propiamente a las indicaciones de la enferma, sino a que estudiando cuidadosamente sus antecedentes llegamos a la conclusión que si esa mujer había abortado en dos ocasiones, provocados por ella misma, la primera sin consecuencias y la segunda con las que se vieron en el caso presente, pensamos que un embarazo posterior era lo más seguro y entonces también era casi seguro un nuevo aborto por su decisión de no volver a embarazarse, lo que le podría ocasionar otra lesión semejante, y una nueva operación hubiera sido de peores resultados por practicársele una histerectomía sub o total como consecuencia ulterior lo

que indiscutiblemente hubiera sido de peores resultados por la extirpación del ovario restante.

Esta mujer, con tres hijos, vista un año después de operada, no ha mostrado preocupación por el estado en que quedó. Su deseo de maternidad ya desarrollado y coronado, estamos seguros que no será motivo, en lo futuro, de remordimientos y de sentimientos de rebeldía, ya que cuenta en la actualidad 32 años.

Esta operación nos fué impuesta, en esas condiciones, por la preocupación de salvar una vida, la de ella, tratando de evitarle un nuevo embarazo.

Pensamos haber hecho bien, según los dictados de nuestra conciencia médica, sin negar que esa conducta puede, como ya dije, ser discutible y desde el punto de vista moral, pero si la misión del médico es dedicarse por entero al servicio de la humanidad, las necesidades de la misma, es la que debe regir nuestras normas terapéuticas, buscando siempre el beneficio de las personas que la integran, y a cuyo servicio estamos.

CAPITULO VIII
CASOS CLINICOS

CASO CLINICO No. 1

B. B. de 23 años, natural de Monterrey, N. L., soltera. Sus ocupaciones son las propias del hogar. Pertenece a la clientela particular del Dr. A. de los Ríos. Estudiada el 10 de diciembre de 1934.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Apendicitis, por lo que fué operada hace años. No ha tenido relaciones sexuales. Historia de su menstruación normal.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Hace un año de la fecha de su estudio empezó a sentir dolor en el hipogastrio, que le irradiaba a la derecha, de intensidad variable (por temporadas muy intenso y se calmaba por épocas); era más constante y tenaz que intenso. Tuvo flujo amarillento, no muy abundante. su menstruación era dolorosa, se le adelantaba o atrasaba. Anorexia, síntomas de dispepsia hiperácida, estreñimiento tenaz que sólo cedía con laxantes. Fiebre de vez en cuando, no muy elevada. Adelgazamiento. Trastornos nerviosos.

EXPLORACION.—La palpación abdominal acusaba dolor en la fosa ilíaca derecha. La inspección de los genitales externos revelaba la integridad del himen, pero doloroso; secreción no muy abundante, muco-purulenta, del meato uretral y alrededor del mismo. El tacto rectal hizo notar una tumoración que se identificó como la matriz, prolapasada en el Douglas, movable y dolorosa. La palpación de la trompa derecha reveló dolor, ligero aumento, no quística.

DIAGNOSTICO.—Retroversión uterina y salpingitis aguda purulenta derecha.

TRATAMIENTO.—No operatorio primero para tratar la salpingitis, a base de reposo, lavados vaginales con oxicianuro de mercurio al 1 x 4000, diarios y vacunación regional con el Immunizol Grómy No. 41, inyecciones periretrales, dos por semana.

A los 45 días después de este tratamiento, la salpingitis cedió.

A los dos meses fué operada de la retroversión, que se corrigió y permitió explorar la trompa anteriormenec enferma y se encontró normal, lo cual quiere decir que el tratamiento médico resultó eficaz.

CASO CLINICO No. 2

E. S. de 30 años de edad, natural de México, D. F. casada, dedicada a

sus quehaceres domésticos. Tratada en el Consultorio No. 3, el día 8 de diciembre de 1935.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Ha tenido cuatro embarazos y un aborto. Entre los antecedentes del esposo se registró sífilis y alcoholismo.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Su padecimiento data de hace un año y lo achaca a una enfermedad que le transmitió el esposo (gonorrea). Primero tuvo flujo amarillento, abundante, de mal olor, que le ensuciaba sus ropas y le aumentaba después de comer.

Su menstruación que antes era regular, ha sufrido detenciones hasta de tres meses; en ocasiones se le adelanta 8 días; no es abundante, es indolora, sin coágulos; a veces tiene hemorragias.

Dolor, provocado, en la fosa ilíaca izquierda. Efectúa sus quehaceres domésticos sin molestia alguna.

Estreñimiento no muy frecuente. Orina con ardor. Se ha vuelto muy nerviosa. Tiene palpitaciones. Enflaquecimiento que data de 8 meses a la fecha que se estudió.

EXPLORACION FISICA.—La palpación abdominal profunda reveló dolor en la fosa ilíaca izquierda. El tacto vaginal hizo notar dolores en el fondo de saco lateral izquierdo, que no se halló ocupado. La palpación bimanual encontró la trompa izquierda como un cordón duro y doloroso, la matriz movable y no dolorosa.

DIAGNOSTICO.—Metritis y salpingitis crónica simple izquierda de origen gonocócico.

TRATAMIENTO.—No operatorio.—Inyecciones diarias de yodoformina; lavados vaginales con solución de permanganato; toques vaginales, en el cuello uterino, de glicerina ictiolada y toques con la misma sustancia.

Un mes después de instituido el tratamiento, las molestias desaparecieron. Dada de alta 35 días después.

CASO CLINICO No. 3

M. G. de 23 años de edad, natural de México, D. F. casada, dedicada a los quehaceres domésticos. Estudiada el 3 de enero de 1936, en el Consultorio Público No. 3.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Hace 5 años tuvo una hija y desde entonces no se ha vuelto a embarazar.

PADECIMIENTO ACTUAL.—El 23 de diciembre de 1935, tuvo un aborto, de 3 meses, espontáneo, a consecuencia de un esfuerzo grande que realizó. Ese mismo día una comadrona le introdujo los dedos en la vagina para extraerle restos placentarios, que permanecían seguramente en el cuello uterino. Estuvo días (tres) en cama porque no podía caminar. No tuvo fiebre pero sí escalofríos. Acusaba dolor en la zona ovárica derecha, con irradiaciones a las regiones lumbares; constante y no muy intenso. Enseguida le apareció un flujo amarillento, no muy espeso, fétido, no muy abundante que le mancha la ropa. Desarreglos menstruales que datan desde que nació su hija: menstruaba cada

18 días, duraba 2 días, indolora y regular, sin coágulos. Cuando camina mucho se dedica a sus quehaceres el dolor que tenía se le exacerbaba.

Trastornos nerviosos. Ha adelgazado también y se ha manchado de la cara.

EXPLORACION.—Máscara ginecológica. La palpación abdominal sólo revela un dolor en la fosa ilíaca derecha. El tacto vaginal reveló dolor en el fondo de saco derecho, muy intenso, no ocupado, los demás también libres. La palpación bimanual reveló una matriz no grande, movable y no dolorosa. La trompa derecha se logró tocar como un poco aumentada de volumen y dolorosa.

DIAGNOSTICO.—Salpingo-ovaritis aguda simple catarral derecha, de origen puerperal.

TRATAMIENTO.— No operatorio.— Extractos de hidrastis, hamamelis y viburnum; inyecciones diarias de yodoformina, curaciones vaginales con toques de glicerina tigenolada; la recomendación del reposo, por horas, porque dado las ocupaciones de la enferma, expresó claramente que no podía dejar de hacerlas.

Tres semanas después, todos los síntomas desaparecieron con el tratamiento instituido y la enferma ya no volvió más.

Nosotros no aseguramos una curación radical en ella, porque el tratamiento médico clásico no puede ser seguido completamente, dado sus ocupaciones y su condición social. A la primera recidiva, cabe operarla.

CASO CLINICO No. 4

F. I. de 30 años, natural de Mérida, Yuc., casada, dedicada a sus quehaceres domésticos y ayuda a su esposo a cobrar cuentas. De la clientela particular del Dr. de los Ríos, fué estudiada el 10 de enero de 1936.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Fiebre tifoidea e intestinales. Paludismo. Disenteria. Ataques agudos de apendicitis desde hacía 2 años. Ha tenido 2 partos a término y 3 abortos provocados, uno de tres meses y los otros de un mes. El último aborto fué hace dos años.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Hace 12 días enfermó y lo achaca al esfuerzo grande que tuvo que realizar al mover un ropero, a consecuencia de lo cual le apareció sangre por sus partes, sin corresponder a su menstruación que esperaba 5 días después. Enseguida tuvo dolores en la fosa ilíaca izquierda. En la derecha, con irradiaciones hacia la región lumbar y el muslo derecho, continuo, intenso, que se le calmaba con la administración de belladona. Coincidiendo con eso, tuvo calentura que llegó hasta 39 grados, que no se llegó a quitar en ningún momento; vómitos, náuseas, meteorismo, disuria. Flujo blanco que no manchaba la ropa.

Ese estado duró con esa intensidad 10 días y disminuyó ligeramente y cometió entonces desórdenes en la alimentación y volvió a acentuarse su cuadro Anorexia. Palpaciones. Enflaquecimiento.

EXPLORACION.—Pulso de 130, temperatura de 38 grados. La palpación abdominal reveló dolor en ambas fosas ilíacas, defensa muscular, hiperestesia cutánea y claro dolor en la zona apendicular, en el punto de Mac. Burney. El tacto vaginal reveló dolor en los fondos de saco y percepción de tumor bilateral, no regular y adherente; salida de moco-pus verdoso.

DIAGNOSTICO.—Piosalpinx doble y apendicitis.

TRATAMIENTO.—Operatorio.—Se hizo enseguida porque no cedía el estado agudo. El diagnóstico operatorio fué el mismo. Se hizo salpingectomía bilateral y apendicectomía y resección del quiste ovárico hemático derecho, que se encontró también.

CASO CLINICO No. 5

G. B. de 17 años de edad, natural de Pachuca, Hgo., casada, dedicada a sus quehaceres domésticos. Estudiada en el Hospital Juárez el 18 de diciembre de 1935.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Sífilis.—No ha tenido ni em-larazos ni abortos.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Data de 9 meses a la fecha y lo achaca a una menstruación, porque después de ella le quedó un dolor en el vientre, con irradiaciones a la cintura y muslo derecho; intenso en ocasiones se le calmaba por temporadas y reaparecía en la menstruación.

Desarreglos menstruales, adelantándose o atrasándose; en ocasiones me-norragias y siempre dolorosa.

Flujo amarillento, no muy espeso, fétido. Calentura vespertina, no muy alta pero diariamente. Estreñimiento y dolor al defecar. Cistalgia. Meteorismo, todas las molestias aumentaban con los quehaceres de su casa.

Vió a un doctor hace mes y medio y le practicó una operación vaginal con el diagnóstico de anexetis supurada y le hizo notar la necesidad de operarse por la vía abdominal, por temor de una peritonitis. No atendió la enferma tal indicación y al mes y medio de esa operación, todas sus molestias que habían desaparecido, volvieron a aparecer y con más intensidad. Los dolores más intensos y la fiebre alta y sin ceder ni un solo día.

Anorexia, náuseas y vómitos, síntomas de dispepsia hiperesténica, estreñimiento, meteorismo. Cistalgia. Trastornos nerviosos.

EXPLORACION.—La palpación abdominal reveló dolor acentuado en las dos fosas ilíacas, pero acentuado en la derecha, en la que había además de-fensa muscular y sensibilidad superficial muy marcada.

El tacto vaginal reveló la existencia de una tumoración que ocupaba la fosa ilíaca derecha y el Douglas, muy dolorosa, con el cuello uterino duro y en el eje vaginal. En el lado izquierdo se palpó la trompa algo dura y dolorosa.

DIAGNOSTICO.—Piosalpinx derecho agudo; salpingitis crónica simple iz-quierda.

TRATAMIENTO.—Operatorio.—Después de algunos días de espera para lo-grar el enfriamiento de la lesión y lograda, aunque no completamente y por los trastornos cada vez más acentuados, se procedió a operar. El diagnóstico operatorio fué el siguiente: piosalpinx derecho, quiste del ovario derecho; en medio de la bolsa quística salpingea se encontró el apéndice inflamado; del

Se hizo salpingectomía y ovariectomía derecha; salpingectomía izquier-da, respetando el ovario de ese lado; apendicectomía; la matriz se conservó.

Treinta días después de operada abandonó el Hospital.

CASO CLINICO No. 6

M. G. de 38 años de edad, natural de Totolapam, Mor., casada; comerciante en frutas. Estudiada en el Hospital Juárez, procedente del Consultorio No. 3, el 7 de enero de 1936.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Hace 22 años tuvo un hijo y desde entonces no se ha vuelto a embarazar. No ha tenido abortos.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Es ya crónico, porque desde hace 20 años había tenido menorragias de vez en cuando, y en los intervalos el tipo de su menstruación era menorrágico y doloroso, sobre todo en la fosa ilíaca izquierda.

Hace 10 años se agravó: dolor en el lado izquierdo, con irradiaciones a la cintura, hipogastrio intenso intermitente, provocado por los esfuerzos calmado con el reposo. Adelgazó en ese tiempo y lo continúa hasta la fecha.

Cuatro años después le apareció un flujo amarillento, abundante, continuo; cuando el dolor aumentaba el flujo también y viceversa. Tiene períodos frecuentes de amenorrea; su menstruación cuando aparece se atrasa o se adelanta, dolorosa y abundante, con coágulos. Ha tenido fiebre de vez en cuando.

Hasta años después le apareció un flujo amarillento, sobre todo en la fosa ilíaca izquierda.

Sus molestias se calmaban por temporadas, pero se recrudecían con motivo de su trabajo pesado.

Anorexia no frecuente, estreñimiento. Cistalgia de vez en cuando. Excitabilidad nerviosa. Se ha manchado de la cara y ha perdido las fuerzas.

EXPLORACION.—Cloasma uterino. La palpación abdominal reveló dolor en la fosa ilíaca derecha y en la izquierda. El tacto vaginal encontró el cuello duro, cerrado, desviado a la derecha; fondo de saco lateral derecho, que es doloroso y ocupado por una tumoración.

La palpación bimanual corroboró la existencia de una tumoración de paredes espesas, de superficie irregular, volumen regular, consistente, dolorosa y movable. A la izquierda se notó la trompa dolorosa, algo grande pero no dura. La biometría hemática reveló cuatro y medio millones de glóbulos rojos y 30.000 leucocitos.

DIAGNOSTICO INTEGRAL.—Quiste del ovario derecho y piosalpinx izquierdo.

TRATAMIENTO.—Operatorio.—El diagnóstico operatorio comprobó la existencia de un quiste derecho, con hidrosalpinx de ese mismo lado y piosalpinx izquierdo.

Se practicó una histerectomía total por vía abdominal.

Abandonó el Hospital 23 días después, por curación.

CASO CLINICO No. 7

R. A., de 29 años de edad, natural de México, D. F., casada, sirvienta. Estudiada en el Hospital Juárez el 15 de diciembre de 1935.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Ha tenido 4 embarazos y ningún aborto.

PADECIMIENTO ACTUAL.—El 16 de agosto de 1935 tuvo un parto, 6 días después tuvo fiebre que legó hasta 40 grados, calos-fríos, dolores de cabeza y sudores abundantes. Después del parto estuvo sangrando durante 6 días; luego tuvo una secreción sanguino-purulenta, muy fétida. Dolor intenso en el flanco izquierdo con irradiaciones hacia la región lumbar, intenso, constante.

Estreñimiento muy marcado. La matriz no llegó a disminuir de tamaño. Expulsaba coágulos y en ellos notó días después, la presencia de uno duro y resistente, con lo cual se le suspendió el escurrimiento (40 días después del parto).

Sintió que del lado izquierdo le crecía una tumoración que apareció poco tiempo después.

La temperatura que era diaria, cedía con medicamentos anti-infecciosos. No ha vuelto a tener su período desde que se enfermó.

Anorexia, estreñimiento, enflaquecimiento marcado.

EXPLORACION.—La palpación abdominal reveló la presencia de una tumoración, consistente, en el flanco izquierdo que llegaba hasta cerca del ombligo. El tacto vaginal encontró el cuello cerrado, el fondo de saco anterior e izquierdo ocupado por un cuerpo duro, doloroso. El bimanual dijo que la tumoración no correspondía a la matriz, que era independiente; pero esa tumoración era dolorosa y de paredes gruesas, prolapsada en el Douglas, sin límites precisos.

DIAGNOSTICO.—Flegmón del ligamento ancho del lado izquierdo y piosalpinx de ese mismo lado.

TRATAMIENTO.—Operatorio. Se practicó una histerectomía subtotal por vía abdominal, ya que además de las lesiones anotadas que el diagnóstico operatorio comprobó, se encontraron los anexos derechos interesados.

28 días después de operada, fué dada de alta.

CASO CLINICO No. 8

L. H. de 35 años de edad, casada, natural de Puebla, Pue., dedicada a sus quehaceres domésticos y deberes sociales. De la clientela particular del Dr. A. de los Ríos.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. — Ha tenido 5 hijos y ningún aborto. Después del último hijo pasó un lapso de tiempo de 4 años.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Sin precisar cuándo le apareció un flujo que claramente venía de las trompas, cuando se apretaba la región ovárica de los dos lados y presentó todos los síntomas de una salpingitis bilateral supurada, pero más acentuada del lado derecho. Se le instituyó el tratamiento médico por el Dr. de los Ríos y cedió al cabo de 5 ó 6 meses. 8 meses después presentó todos los signos de un embarazo, su trompa derecha era dolorosa y dolor con caracteres del espasmódico; pérdidas sanguíneas acentuadas; cuadro que se prolongó durante dos meses.

Al principio se pensó que se trataba de la salpingitis anterior que había recidivado, pero la exploración detenida de los órganos genitales externos y algunos signos simpáticos del embarazo, al mismo tiempo que la matriz no

acusaba infección alguna, hizo que el diagnóstico se rectificara y se pensara en un embarazo extra-uterino.

Se operó y se le practicó una laparotomía y se comprobó el embarazo extra-uterino, tipo tubárico derecho. Se extirpó ese embarazo y se dejó el ovario derecho y la trompa izquierda que se encontró sana y permeable, se conservó.

A los 4 ó 5 meses, se embarazó y su evolución es normal, siendo intrauterino, contando con la actualidad 7 meses.

Este caso demuestra el beneficio del tratamiento médico, comprobado más tarde por la operación que se le practicó, ya que la trompa izquierda curó completamente y la derecha también, aunque no completamente, lo que dió origen al embarazo ectópico.

CASO CLINICO No. 9

V. U., de 25 años de edad, natural de Cuernavaca, Mor., casada y dedicada a su hogar. De posición acomodada y perteneciente a la clientela particular del Dr. A. de los Ríos.

HISTORIA.—Entre los antecedentes de importancia de esta paciente se anotó crisis agudas de apendicitis desde hace tiempo y la existencia de dos hijos y ningún aborto.

Presentó todos los signos y síntomas de una salpingitis bilateral no supurada: dolores clásicos, flujo no abundante, desarreglos menstruales, etc., y datos de exploración que hablaban de ella. Se le instituyó el tratamiento médico que siguió durante 7 meses, rigurosamente, al cabo de los cuales, todo el cuadro del principio desapareció completamente.

Un año después volvió a repetirse una crisis aguda de apendicitis, clásica, por lo que fué operada de apendicectomía, practicándosele una incisión transversal de Pfannenstiel, con el objeto de que al mismo tiempo que se le quitaba el apéndice, se pudiera explorar los órganos genitales internos.

Se encontró la matriz sana y los anexos sanos y libres. Esto comprobó también la eficacia del tratamiento anteriormente prescrito.

CASO CLINICO No. 10

H. J. de 50 años de edad, natural de México, D. F., casada, sirvienta, Estudiada el 5 de enero de 1936 y perteneciente a la clientela particular del Dr. de los Ríos, por recomendación de los señores en donde presta sus servicios.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.—Estéril absoluta.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Hace tiempo comenzó a estar enferma, pero sin precisar el tiempo. Presentaba desarreglos menstruales, tipo menorragia.

Pero sus trastornos principales eran intestinales, ya que dolores en el vientre no presentaba ni tenía flujo; nunca llegó a tener fiebre.

Sus trastornos intestinales consistían en estreñimiento, dolores como cólicos intestinales. No existían más trastornos.

EXPLORACION.—La palpación abdominal reveló dolor en las dos fosas ilíacas, pero no muy acentuado, en contraposición de la inspección que denotaba un vientre abultado que partía de la pequeña pelvis y se extendía hasta cerca del ombligo.

El tacto vaginal reveló la ocupación de los fondos de saco vaginales por una tumoración grande, poco dolorosa. La palpación vaginal abdominal reveló la existencia de una tumoración que se extendía a toda la pequeña pelvis y en que la matriz no se podía diferenciar bien, ni tampoco era movable ni dolorosa. El tacto rectal acusaba la existencia de una tumoración en el fondo de Douglas, que no se podía diferenciar claramente.

DIAGNOSTICO.—El diagnóstico no se pudo fundar, a pesar de que fué vista por muchos ginecólogos, pues unos opinaban que se trataba de un quiste del ovario derecho; otros opinaban que se trataba de una matriz fibromatosa y otros diagnósticos más fueron emitidos, pero el de piosalpinx nunca llegó a asomar.

TRATAMIENTO.—Operatorio, que se practicó más bien por fines diagnósticos, ya que no sabiendo de lo que se trataba, se pensó que únicamente se abriría el vientre para cerrarlo en seguida, si de lo que se trataba era un cáncer de la matriz que hubiera invadido otros órganos, diagnóstico que también se perfiló como posible.

El diagnóstico operatorio fué el de un piosalpinx doble, cuyo pus tenía todas las características del colibacilar. A pesar de que se trataba de un piosalpinx, todas las molestias que acusaba la enferma, que por cierto eran pocas, nunca hizo pensar en él.

Se practicó una histerectomía total y fué dada de alta 18 días después de operada.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

I.—Todas las salpingitis agudas, fuera de los casos sobre-agudos por complicación de las mismas, son tributarias del tratamiento médico, ya sea para lograr su curación o para entregarlas al cirujano en mejores condiciones.

II.—En los casos sub-agudos o crónicos, deberá instituirse el tratamiento médico como primer recurso, quedando a juicio del ginecólogo la interpretación de su fracaso y la aplicación del tratamiento quirúrgico.

III.—En los casos dudosos, se impartirá el tratamiento médico, manteniéndose en verdadera expectación armada y prolongada.

IV.—El problema del tratamiento de las salpingitis es eminentemente social y lo es porque depende de las condiciones económicas y sociales de las enfermas.

V.—Mujer de clase acomodada, es tributaria del tratamiento incruento por poderlo seguir concienzudamente y sólo el fracaso del mismo, impondrá la operación.

VI.—Mujer de la clase trabajadora, que necesita dedicarse a sus menesteres para poder vivir, debe ser operada a la primera recidiva que presente su lesión, con el objeto de poder practicar la cirugía conservadora.

VII.—En los casos francamente recidivantes, la intervención quirúrgica debe ser la regla.