

Año 1914.

Núm. 2894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SUPURACIONES PELVIANAS EN LA MUJER

TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

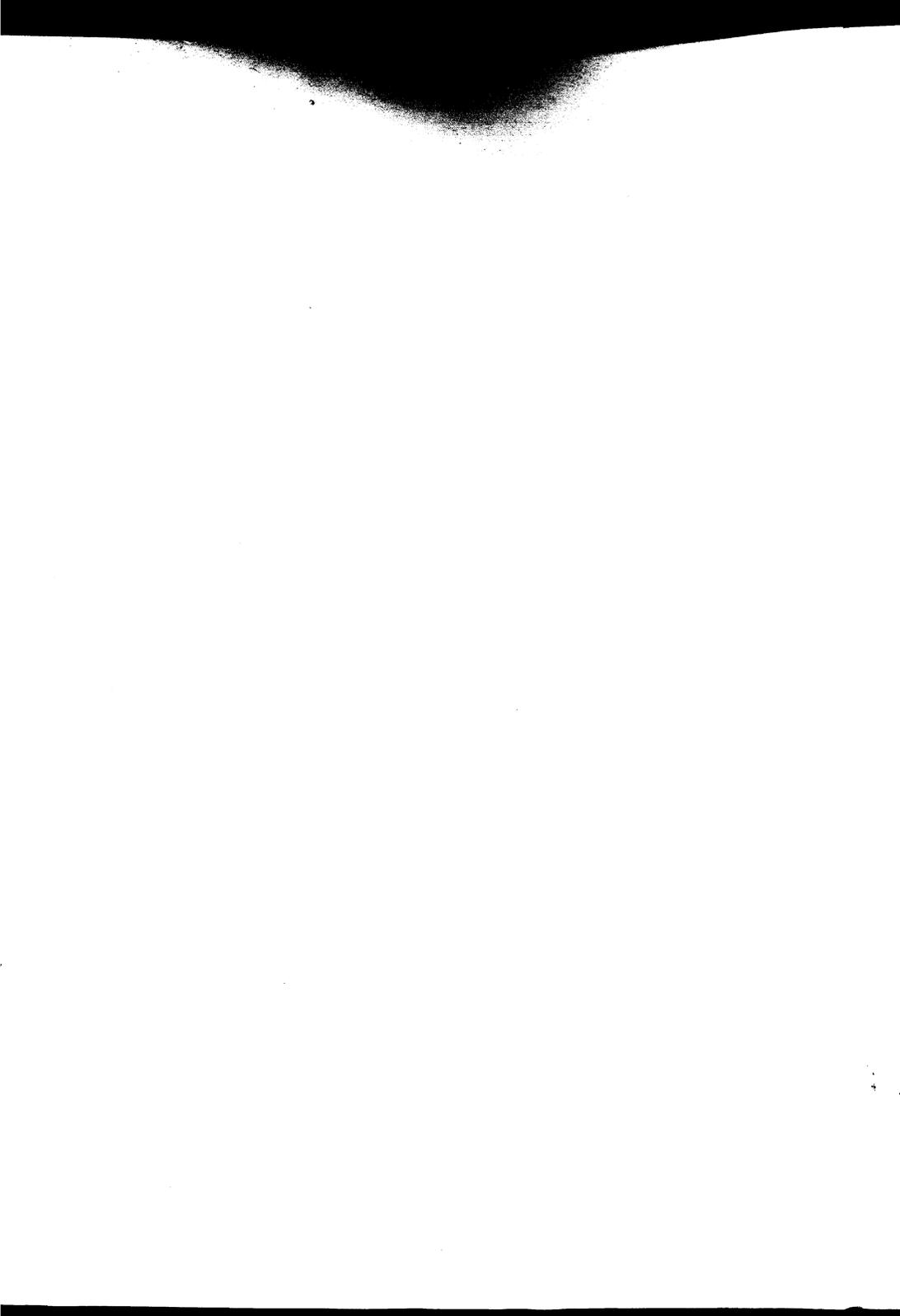
POR

ARNALDO CAVIGLIA

Ex-Inspector de Triquina por concurso de examen, 1903 - 04
Ex-Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública 1903 - 10
Ex-Practicante de vacuna, 1905 - 06
Ex-Externo ó Interno del Hospital Rivadavia por concurso de examen, 1908 - 11
Médico Interno del Hospital Vecinal de Villa Devoto, 1911 - 14
Médico-Adscripto del Hospital Rivadavia, 1911 - 14

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070. CÓRDOBA, 2020 - BUENOS AIRES





Año 1914.

Núm. 2894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SUPURACIONES PELVIANAS EN LA MUJER

TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARNALDO CAVIGLIA

Ex-Inspector de Triquina por concurso de examen, 1903 - 04
Ex-Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública 1903 - 10
Ex-Practicante de vacuna, 1905 - 06
Ex-Externo é Interno del Hospital Rivadavia por concurso de examen, 1908 - 11
Médico Interno del Hospital Vecinal de Villa Devoto, 1911 - 14
Médico-Adscripto del Hospital Rivadavia, 1911 - 14

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070. CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » GREGORIO ARAOZ ALFARO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

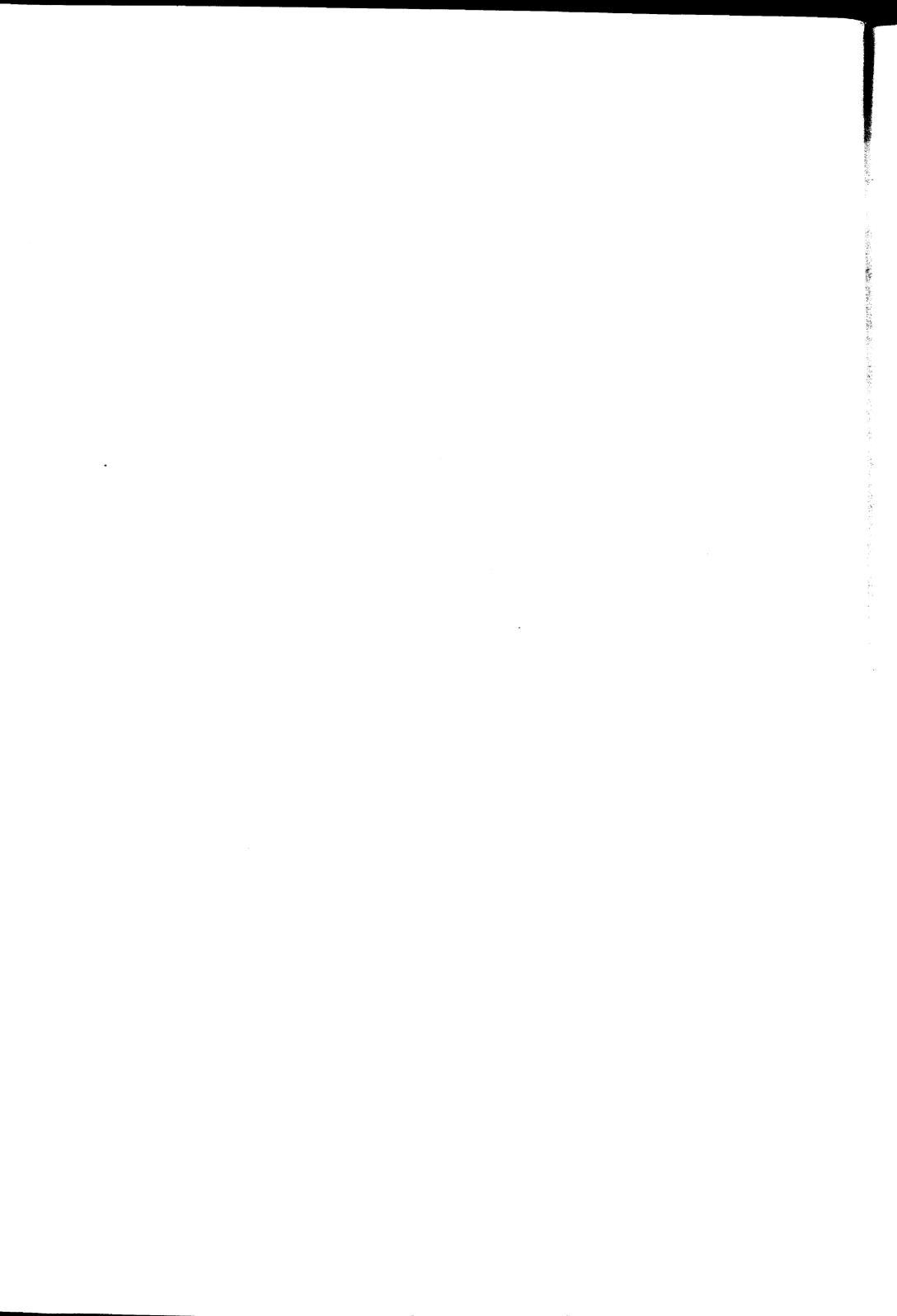
DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

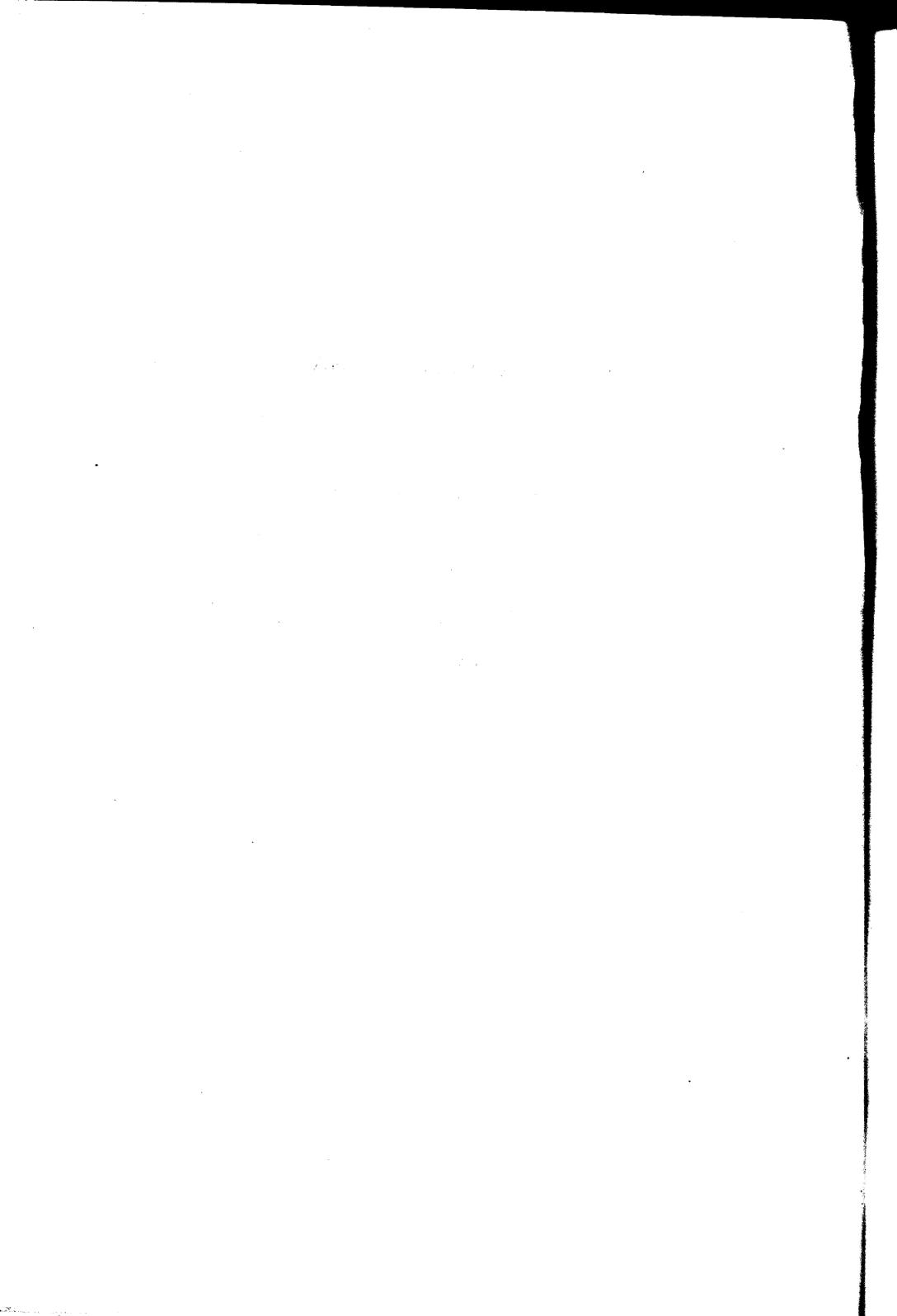
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

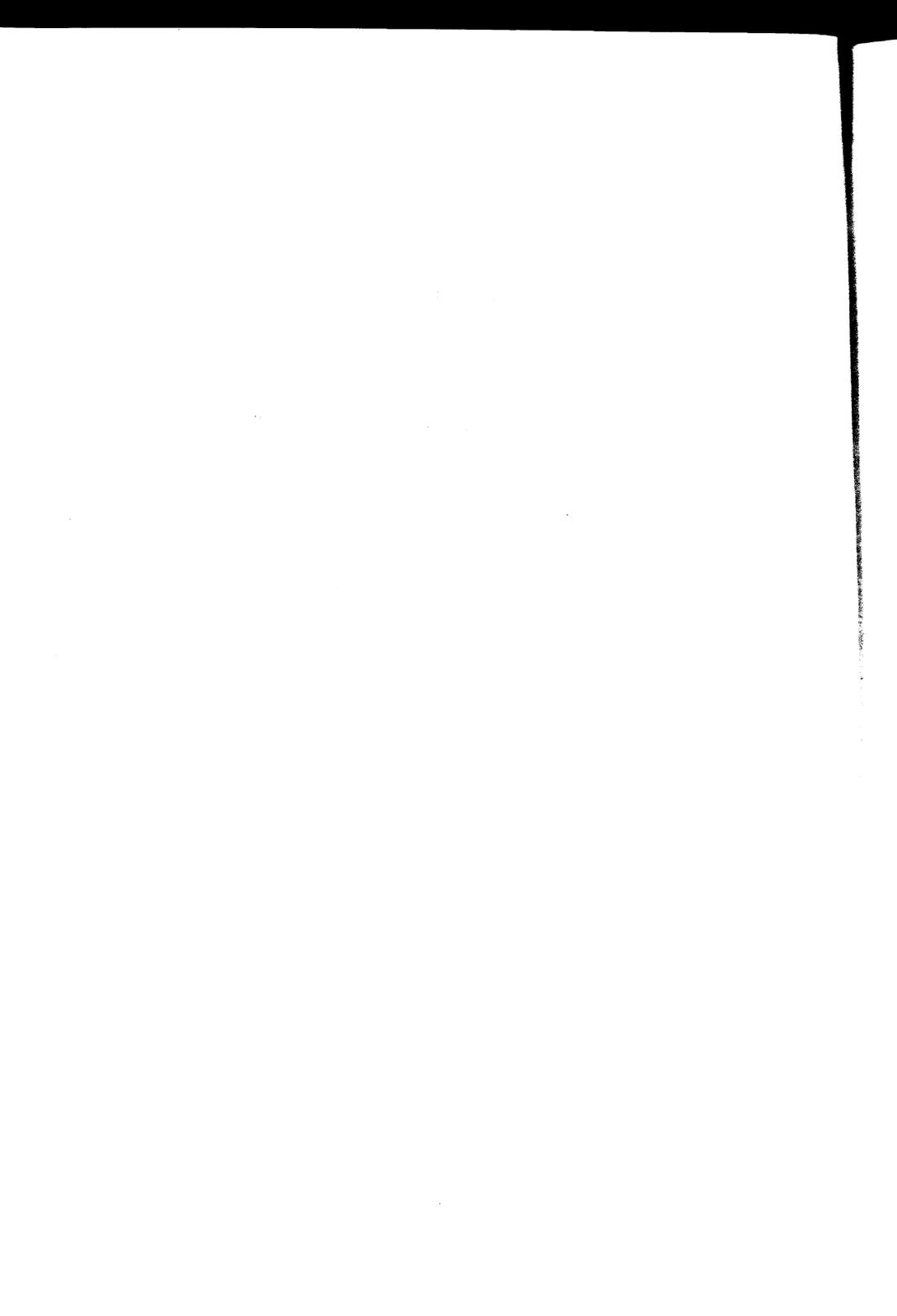
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

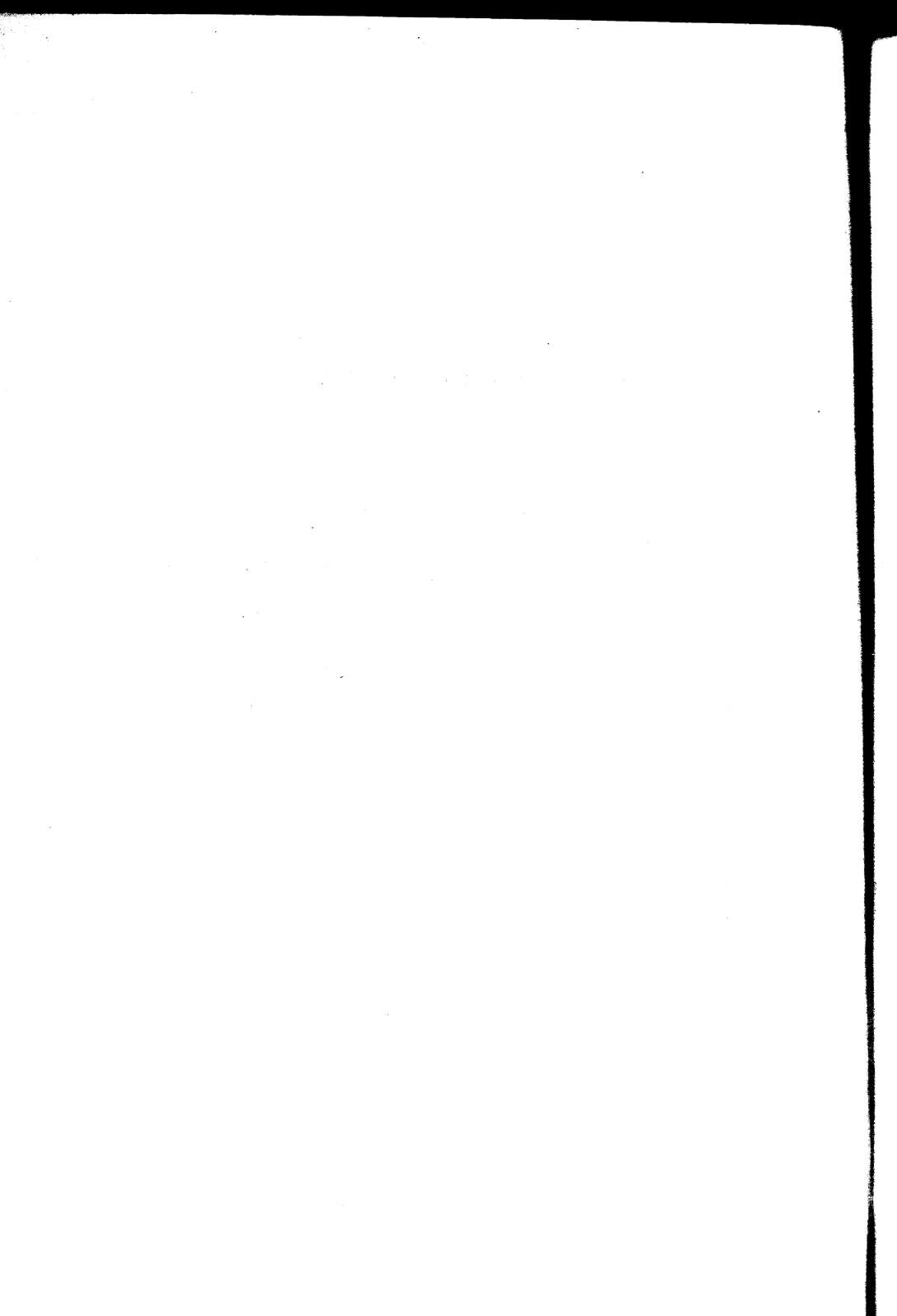
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

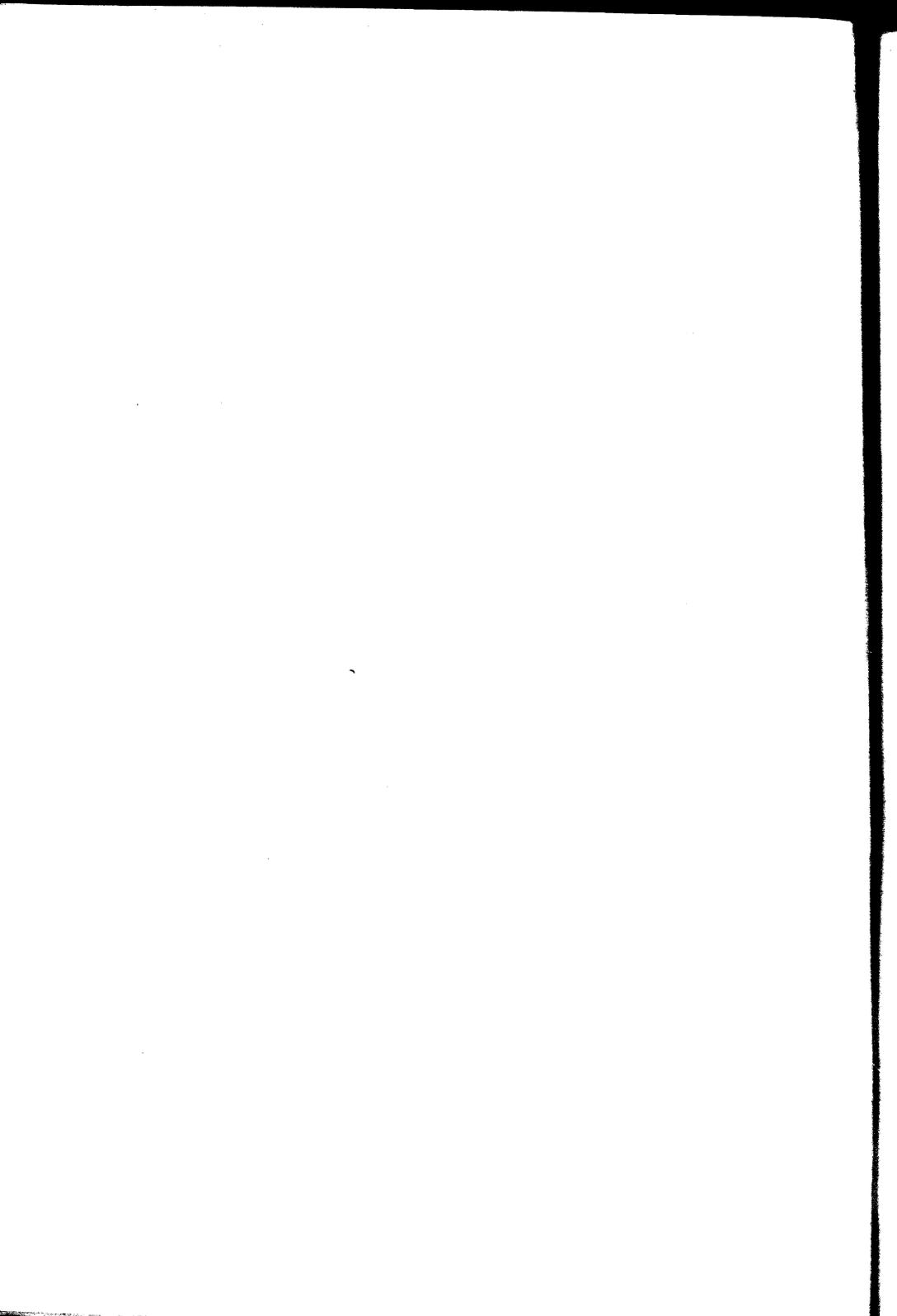
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clínica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" ENRIQUE ZARATE (en ejerc.)
Clínica Neurológica.....	" PATRICIO FLEMING
Clínica Psiquiátrica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Quirúrgica.....	" MARIANO ALERRALDE
Patología interna.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica oto-rino-laringológica.....	" JOSÉ T. BORDA
	" ANTONIO F. PIÑERO
	" FRANCISCO LLOBET
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU (en ejerc.)
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
	" FELIPE JUSTO
Higiene Médica.....	" MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	" CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOSE MORENO
Medicina Operatoria.....	" PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" NICOLÁS V. GRECO
» Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
	" BERNARDINO MARAINI
» Genito-urinaria.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
Clinica Oftalmológica.....	" ADOLFO NOCETTI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSE ARCE (en ejerc.)
	" ARMANDO R. MAROTTA
» Quirúrgica.....	" LUIS A. TAMINI
	" JOSE A. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
Clinica Médica.....	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	" A. PERALTA RAMOS (en ejerc.)
Clinica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal.....	" V. JOAQUIN GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas..
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de dro. gas.....
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
DR. JULIO J. GATTI

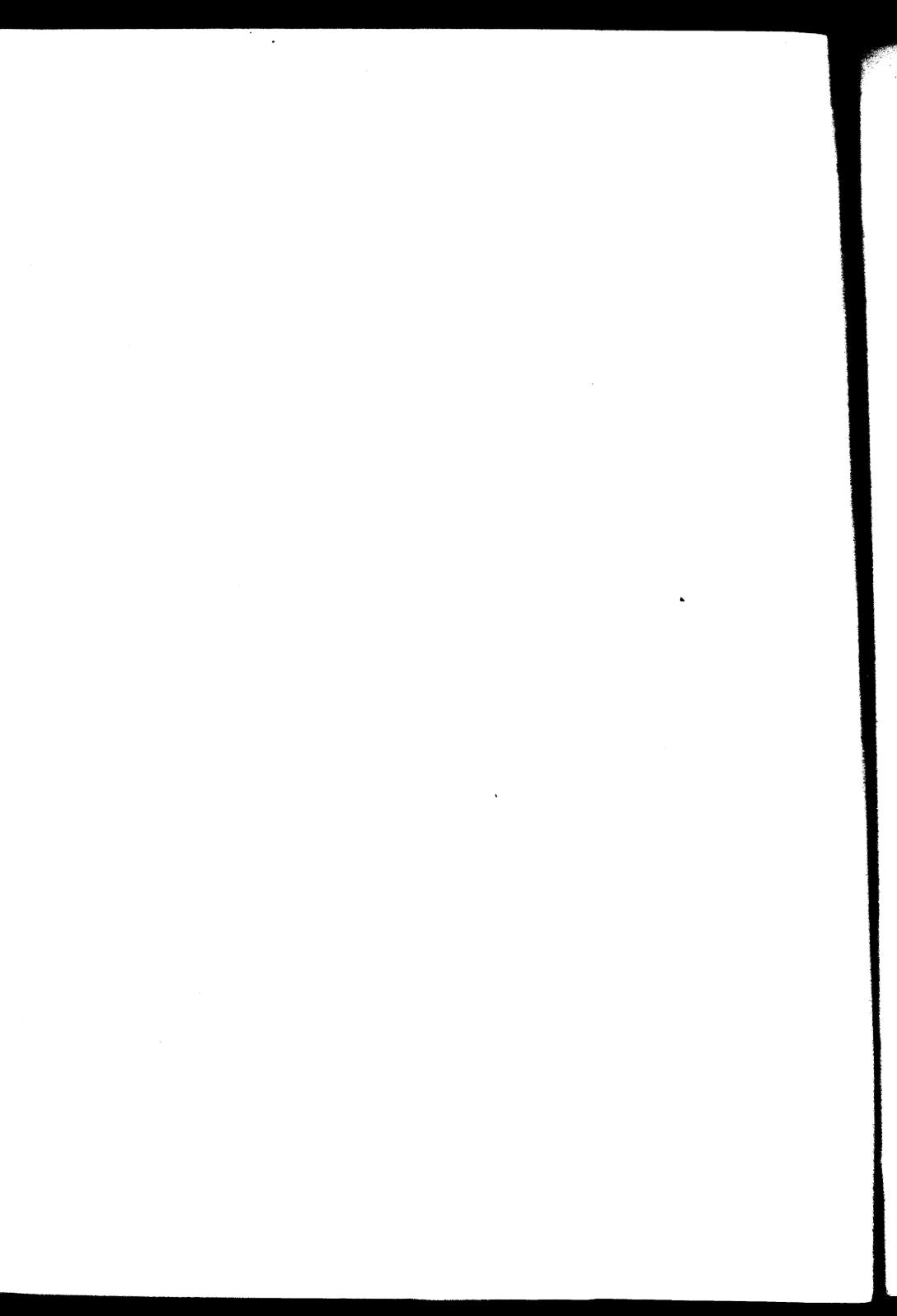
» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

» FRANCISCO P. LAVALLE

» RICARDO SCHATZ

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
" PASCUAL CORTI
" OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
DR. JUAN A. SANCHEZ
" ANGEL SABATINI



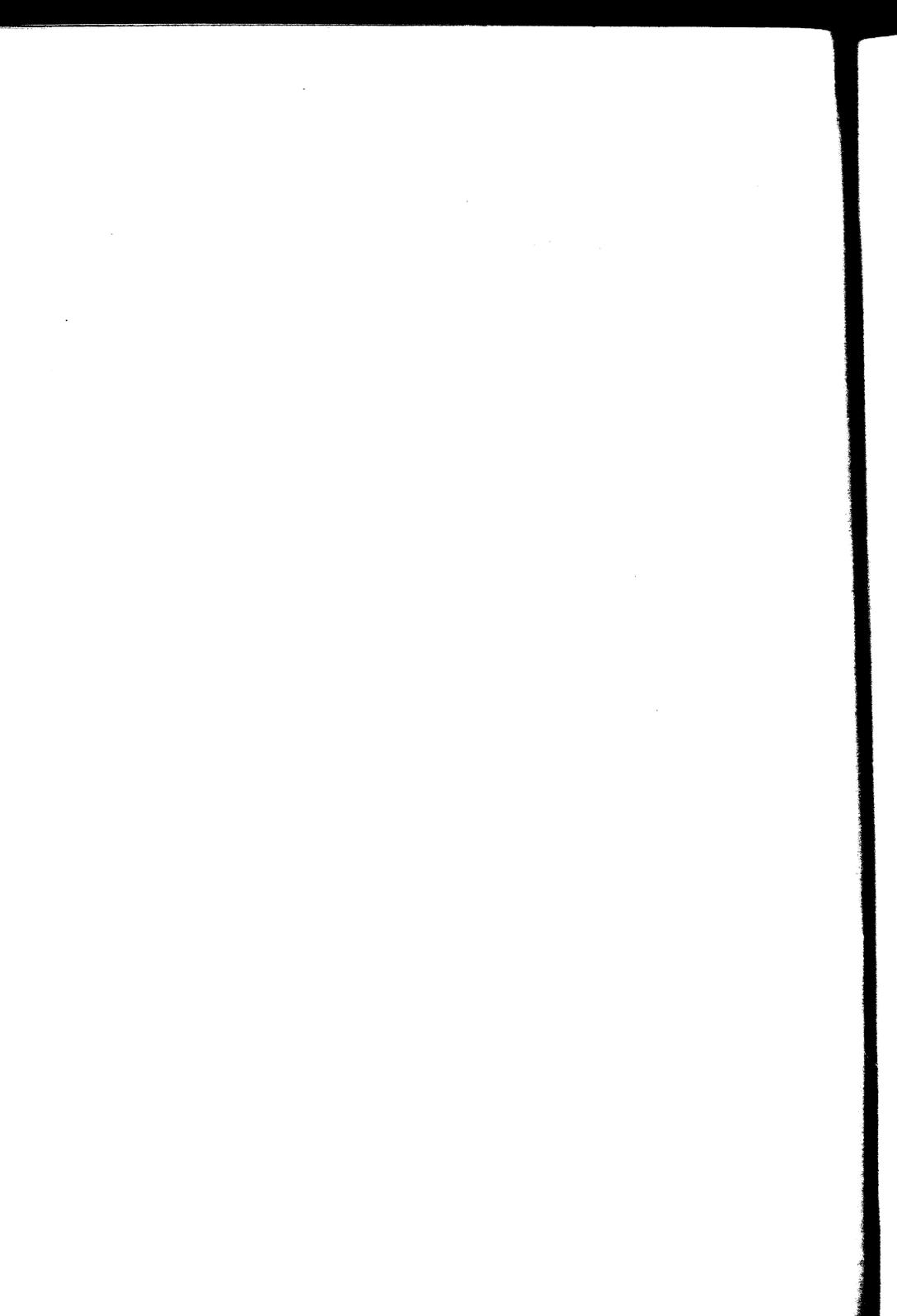
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	" J. C. LLAMES MASSINI

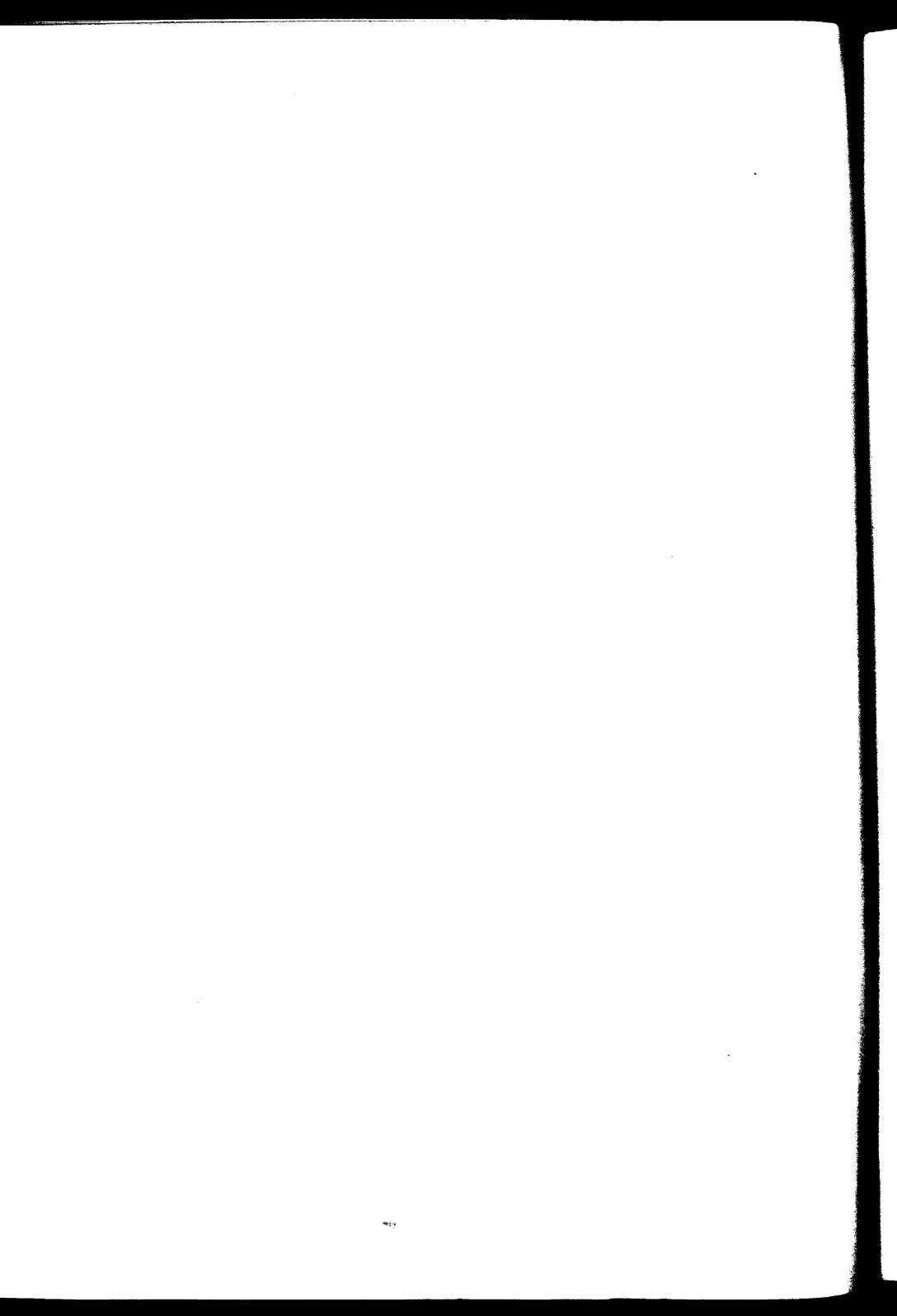
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	" LEON PEREYRA
3er. año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (Int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE

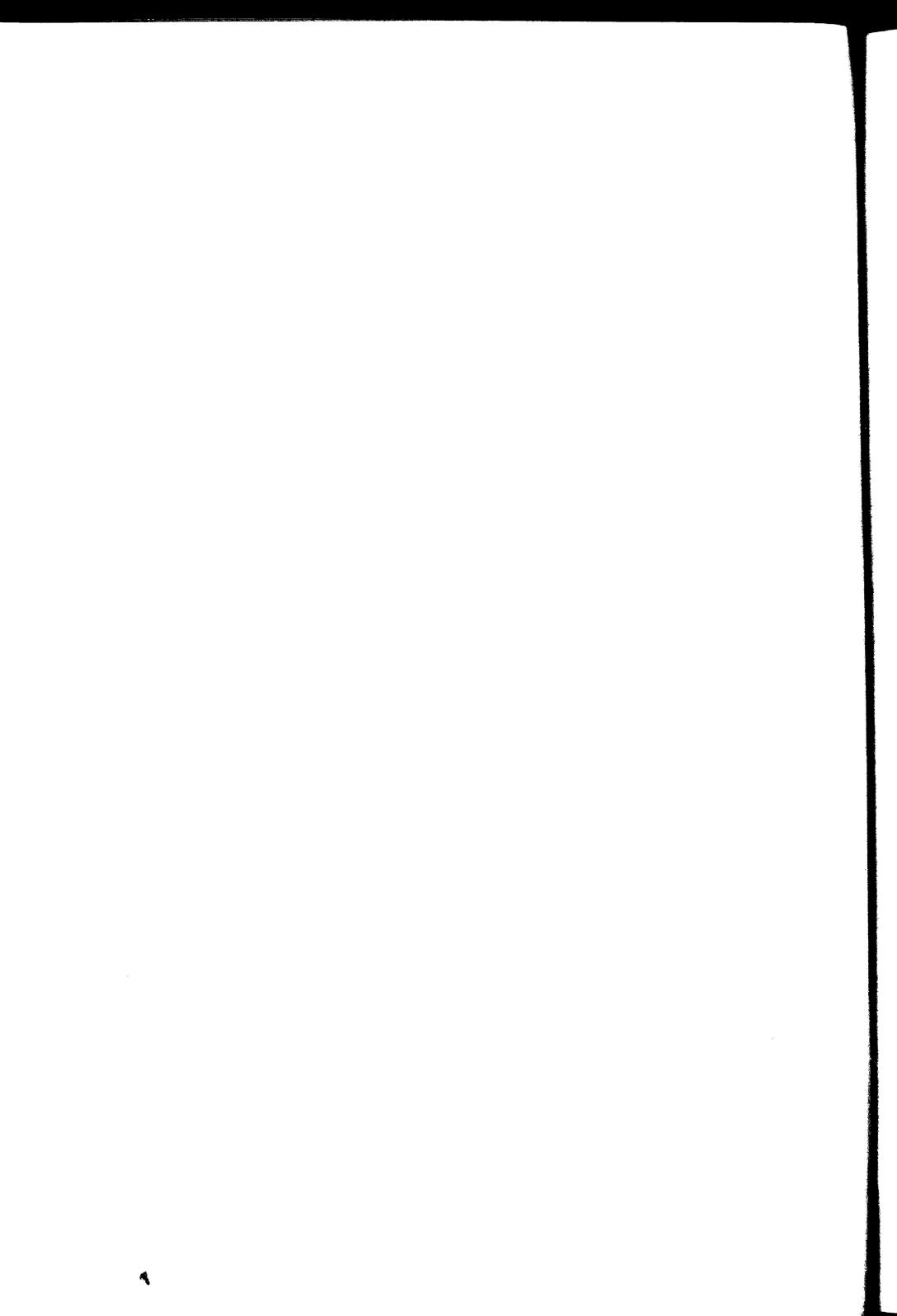


PADRINO DE TESIS :

DOCTOR EDUARDO F. BELÁUSTEGUI



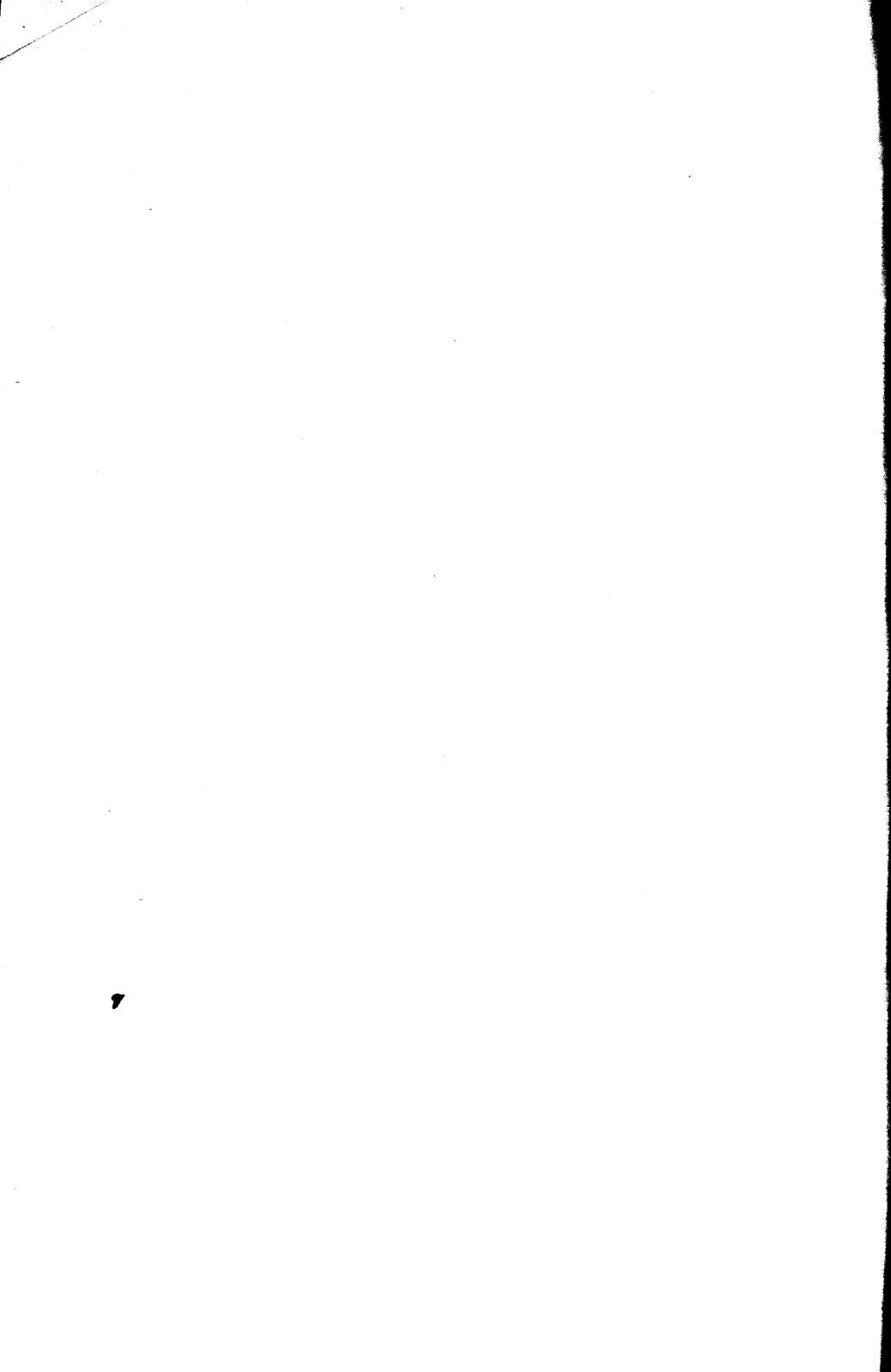
A MIS PADRES



A MIS HERMANOS

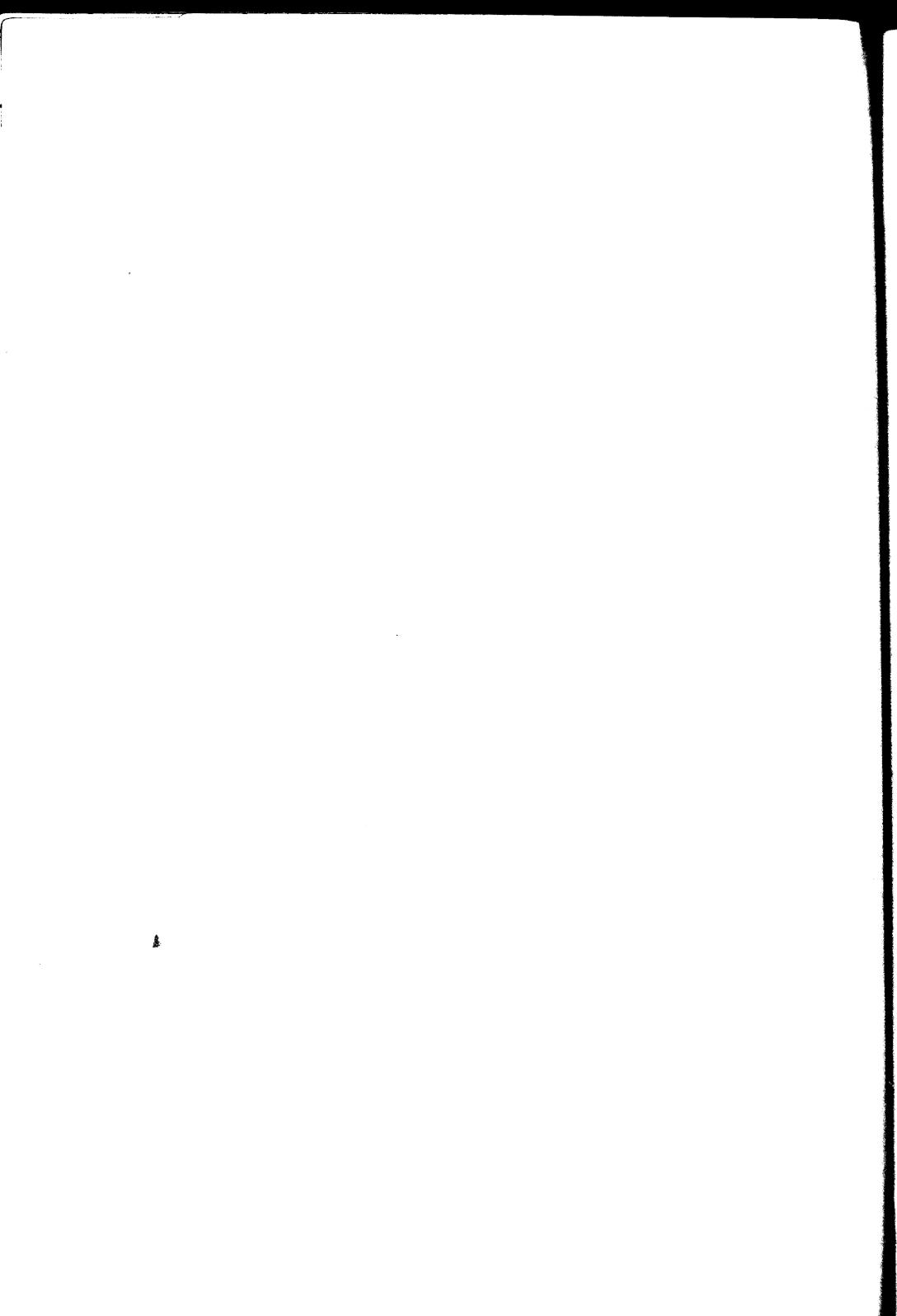
AL DR. EDUARDO F. BELÁUSTEGUI

*Este trabajo os pertenece. No es
sinó el pálido reflejo de vuestras
observaciones y enseñanzas. Al hon-
rarme con vuestra compañía en
esta hora, debo manifestaros mi
eterna gratitud.*



AL DR. JOSÉ BADÍA

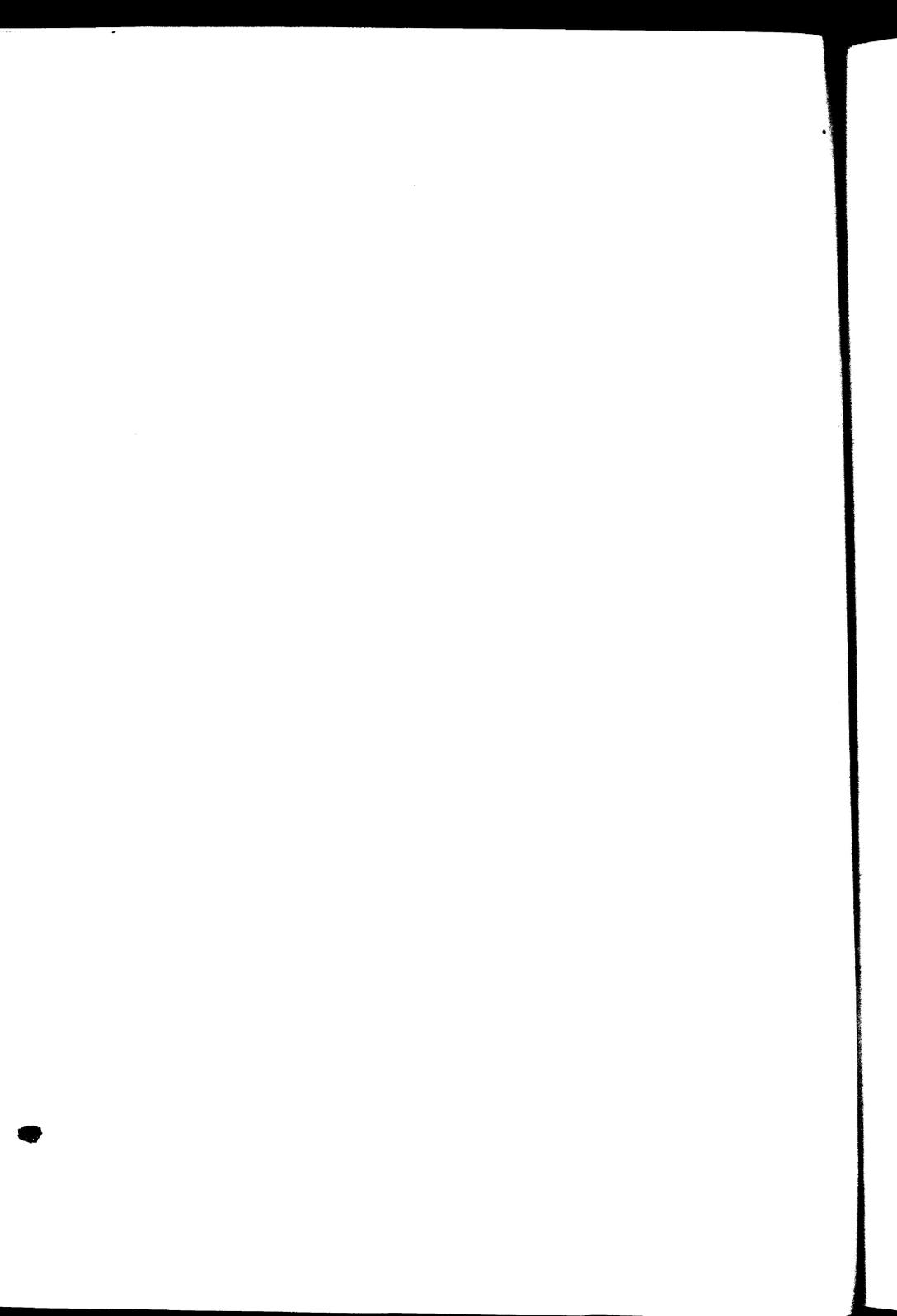
*Recibid en este momento el
agradecimiento de vuestras sabias
enseñanzas y de vuestros sanos
consejos.*



IN MEMORIAM

DR. MANUEL BREA

SR. ESTEBAN LACOUR



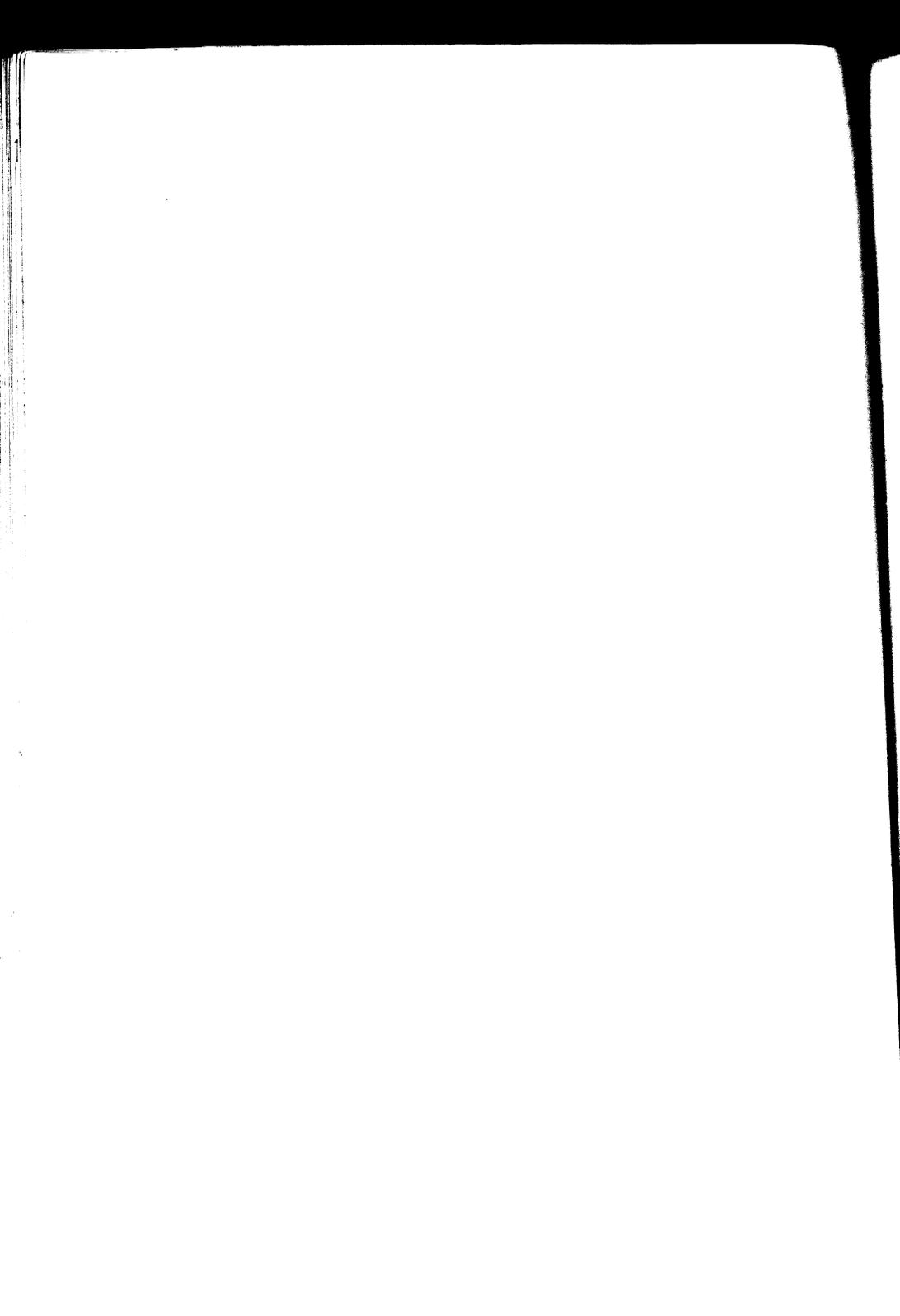
AL DIRECTOR DEL HOSPITAL V. DE VILLA DEVOTO

DR. ISIDORO E. GIL

A QUIEN DEBO ATENCIONES

AL DR. ANTONIO M. LUZURIAGA

AMIGO, COMPAÑERO Y JEFE



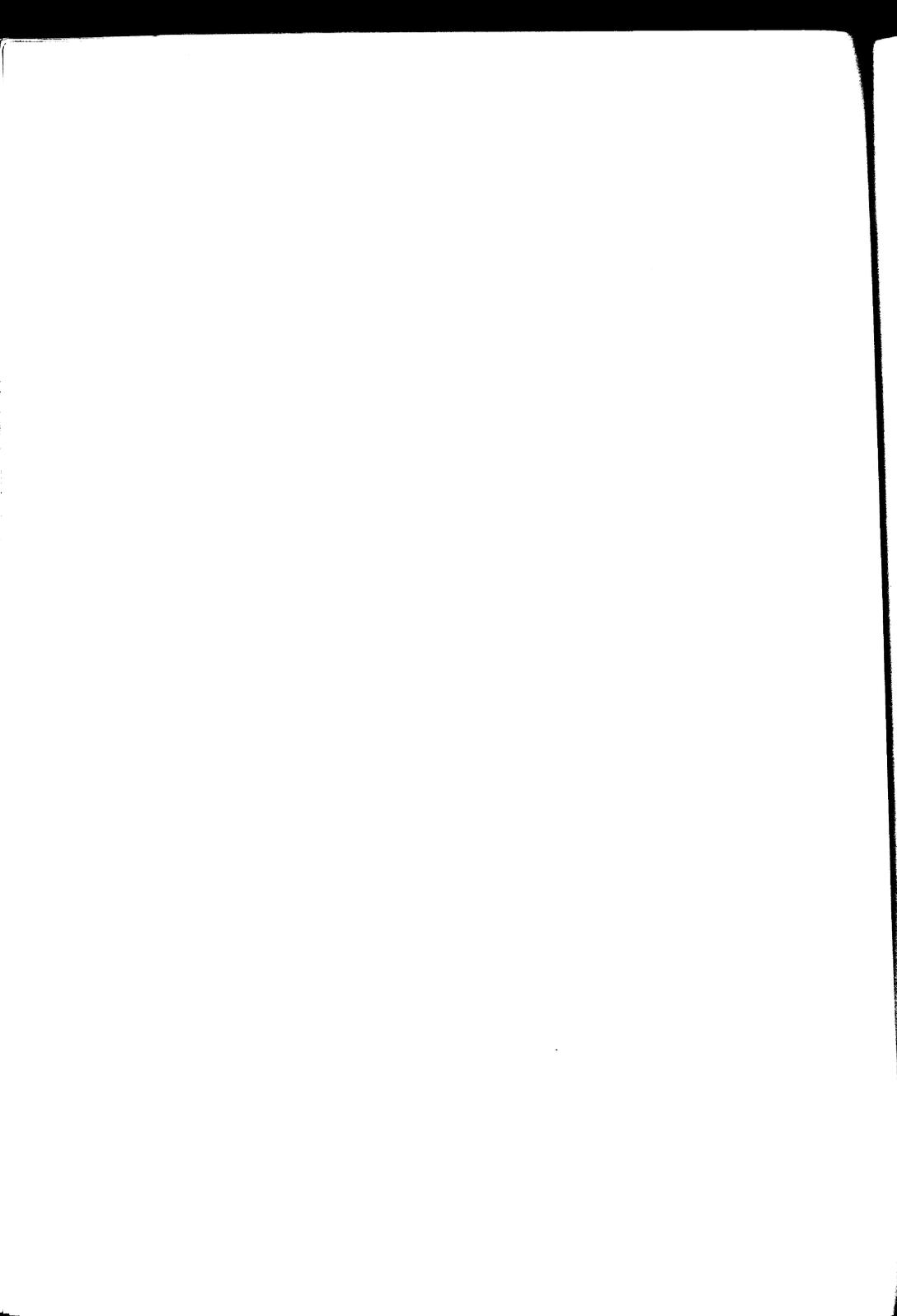
A MIS MAESTROS

Laboratorio bacteriológico de la Asistencia Pública, 1903 - 10

DR. JULIO G. FERNANDEZ
DR. ALBERTO GRESLEBIN
DR. RICARDO NOLTHING
DR. NICOLAS V. GRECO
DR. GABRIEL MEOLI
SR. ROGELIO GONZALEZ

Hospital Rivadavia, 1908 - 11

DR. SAMUEL MOLINA
DR. JOSE M. CABALLERO
DR. FRANCISCO DE LA VEGA
DR. ARTURO ZABALA
DR. ADOLFO GÜEMES
DR. ROBERTO AROZTEGUI

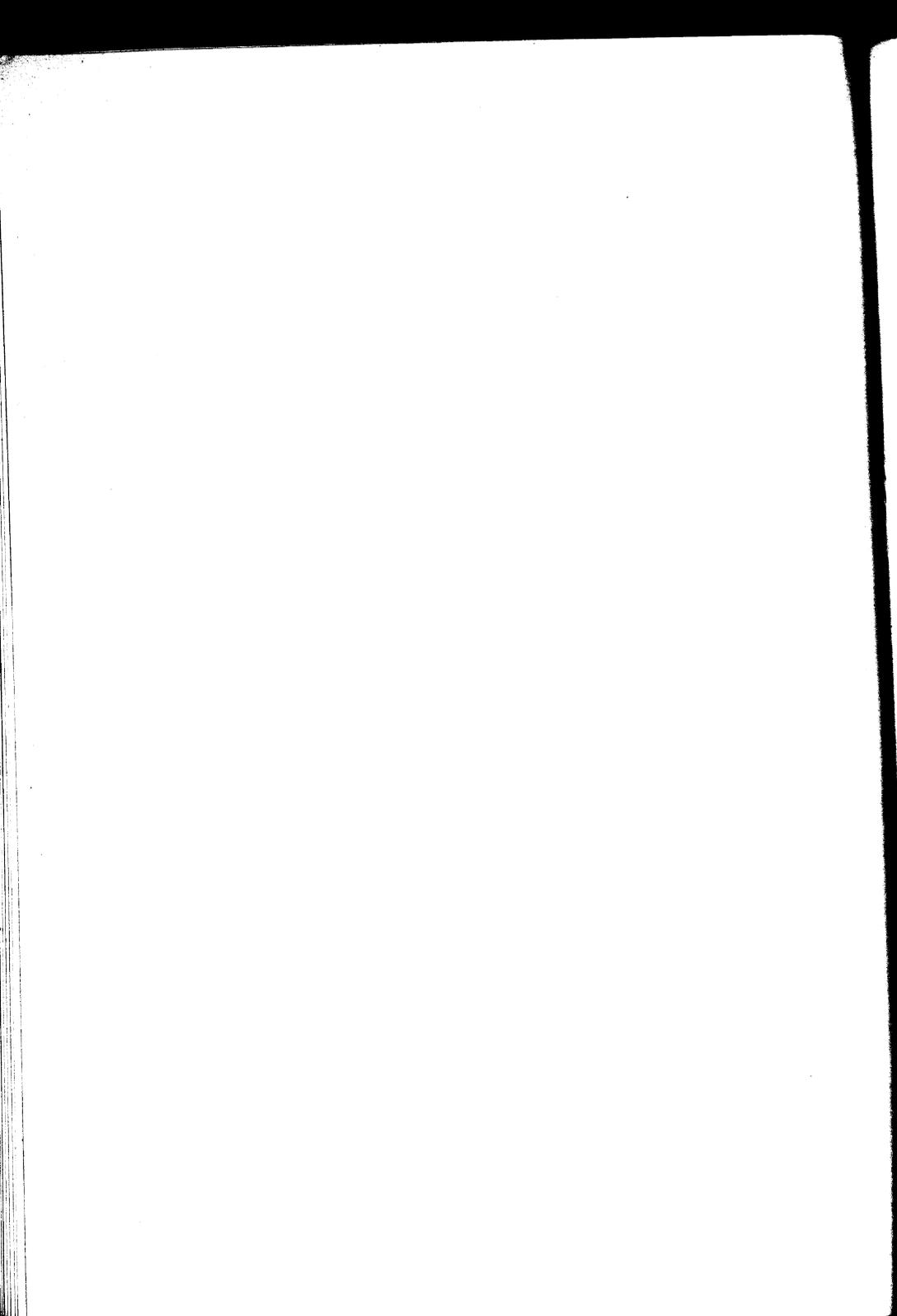


A LOS QUE FUERON Y SON MIS COMPAÑEROS DE TAREAS DEL

Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública

Hospital Ricabaviá

Hospital Vecinal de Villa Devoto



GENERALIDADES

Los órganos genitales cerrados en la pequeña pelvis en la mujer, guardan entre sí una relación tal que difícilmente una vez iniciado el proceso flogístico en uno de ellos, dicha lesión se acantona en él y decimos difícilmente por no ser exclusivistas pues se puede decir que nunca un órgano se infecta sin propagar la infección a otro, sea por continuidad, sea por medio de las vías linfáticas o por vía sanguínea. Que las bacterias que originan dichas infecciones tengan sus predilecciones para la marcha invasora está fuera de duda, teniendo cada uno de ellos un modo especial de propagar el proceso: el gonococcus, cuya predilección por los epitelios ya la conocemos es el que prefiere hacerlo por continuidad y una vez iniciada la vaginitis blenorragica la infección se localiza en ciertas ocasiones; prefiriendo hacerlo en los fondos de saco esen-

cialmente en el posterior esperando, si no es atacada por buenos medios terapéuticos una ocasión que le sea propicia para apoderarse de la mucosa uterina y llegar progresivamente hasta las trompas en unas ocasiones y en otras atravesar el ostium abdominal de este órgano, propagar la infección hasta el peritoneo pelviano y provocar de esta manera cuadros clínicos de naturaleza distinta.

Entre los innumerables saprófitos que pululan en la vagina normal y que son neutralizados en su acción por el rol fisiológico y profiláctico de los procesos de fermentación ácida que a su nivel se producen, encontramos el estafilococo, al estreptococo y al bacilo de Koch, que son con el gonococo los mayores enemigos del aparato genital femenino.

Al primero no se le puede inculpar de producir lesiones por su sola cuenta sino de asociarse a las otras especies y en especial al estreptococo microorganismo, éste último temible cuando el útero merced a un parto o a un aborto ha quedado con heridas, a través de las cuales pueda él penetrar, pues en ese caso siguiendo la vía de su predilección, se va a localizar en el tejido celular que rodea al útero, sosteniendo los vasos que le nutren o en las fibrillas conjuntivas que separan ambas hojas serosas, formadoras de ese repliegue peritoneal denominado ligamento ancho pudiendo también llegar

a la serosa pelviana lo mismo que pudo hacerlo el gonococo.

En cuanto al bacilo de Koch, lo vemos localizarse en las mismas partes que los anteriores, pudiendo su llegada hacerse por dos vías distintas: es decir, de abajo arriba a raíz de un coito infectante por esperma proveniente de un sujeto con orquiepididimitis tuberculosa o de ulceraciones de la misma naturaleza de la vulva, vagina o cuello del útero o por el uso de apósitos u objetos sucios con bacilos de Koch y en este caso la mucosa uterina infectada propaga la lesión hacia las trompas.

En cuanto a la marcha contraria de la infección, el causante lo hace atravesando largas distancias por vía sanguínea. Como ya hemos visto, las vías elegidas son distintas y a las ya indicada agregaremos la efectuada por el bacilo Coli, que infecta los anexos uterinos después de haber atravesado las capas del intestino y las adherencias que en la clase de procesos que estudiamos en muy rarísimas ocasiones dejan de existir entre ambos.

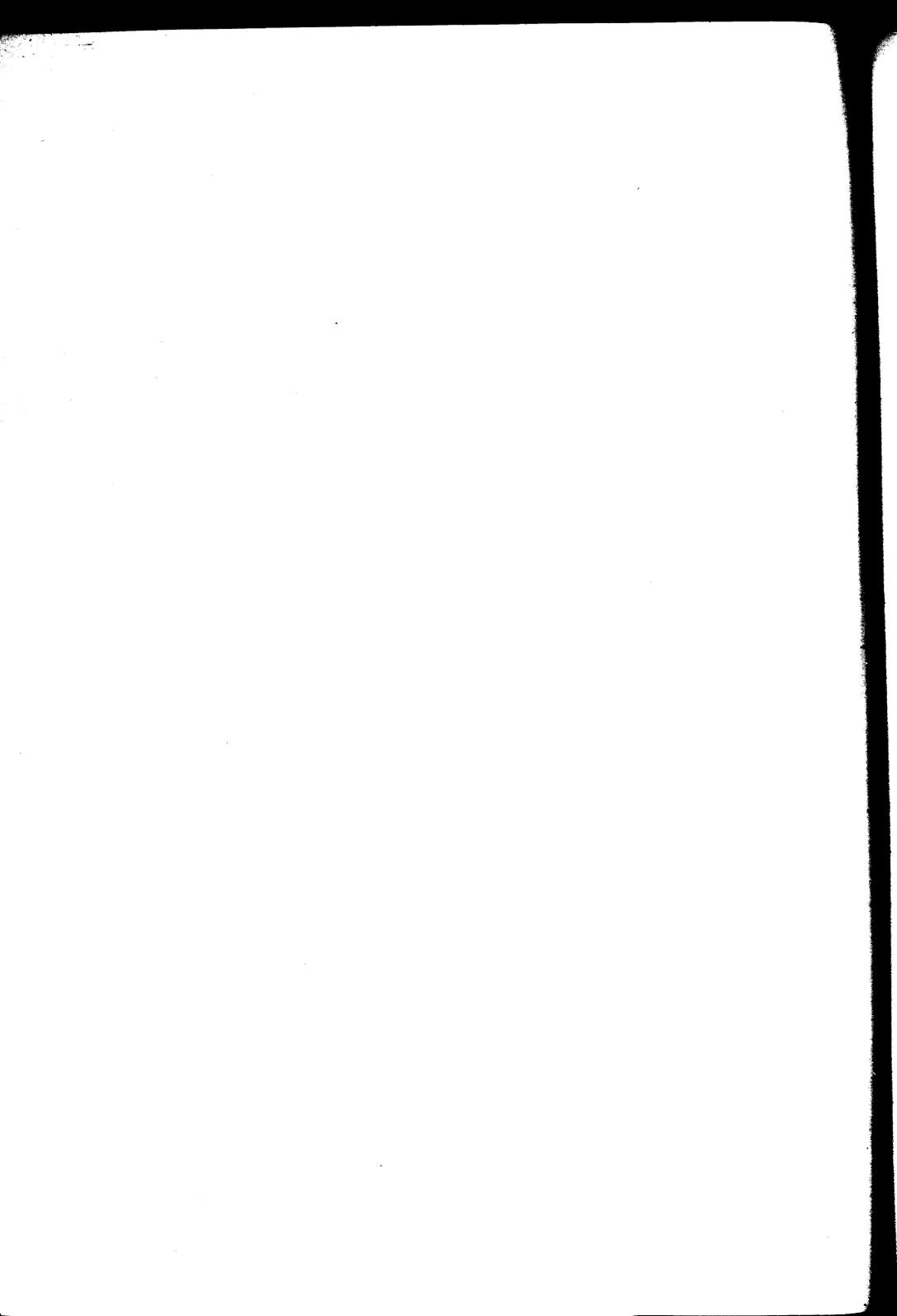
Hemos pasado rápidamente una mirada sobre la vía seguida por los agentes de producción de las supuraciones pelvianas y hemos visto que nunca adoptan una vía única y determinada, pues así de

la misma manera al localizarse tampoco lo hacen de manera exclusiva e invaden distintas zonas.

Esto es lo que ha hecho, que los autores al querer clasificar las lesiones se hallan encontrado con algunos obstáculos y han debido recurrir a los síntomas clínicos como complemento y estudiar cada forma con exclusividad, de datos anatómicos y de síntomas de las afecciones secundarias que acompañan siempre a la principal; pues si la enfermedad está localizada en el tejido celular del parametrio no nos manifiesta que el peritoneo que le cubre no se halle también afectado de la misma manera que la mucosa uterina que ha sido con seguridad la puerta de entrada de la infección; que los síntomas peritoneales se sobrepongan a los de la metritis y a los de la salpingitis no excluye que el útero y las trompas no estén también alterados y que si una o ambas trompas u ovarios se hallen atacados por la flogosis de una manera pronunciada no dice que el peritoneo que los rodea y que limita los órganos más próximos no se encuentren a su vez enfermos. Ahora, naturalmente que cada forma de éstas acarrea síntomas más o menos propios o que comunes algunos de ellos a todos puedan formar por presencia de varios de ellos un cuadro clínico que las personalice y las diferencie.

Es así entonces que se nos presenta a estudiar afecciones, que teniendo un mismo origen y un mismo conjunto de síntomas, es la localización anatómica la que le dá el nombre.

Tenemos pues a estudiar en primer lugar las salpingo-ovaritis en las cuales anátomo-patológica e histológicamente se pueden separar las salpingitis de las ovaritis, cosa imposible en la parte clínica, la casi totalidad de las veces. La infección del tejido celular que se la hemos atribuído al estreptococo forman el capítulo de las celulitis pelvianas susceptibles de una clasificación anatómica dentro de ellas mismas. La serosa pelviana que cubre los órganos y sistemas destinados a formar una vez enfermos los cuadros anteriormente citados, tiene que forzosamente sufrir con ellos de una manera muy leve en unos casos pero en otros de un modo mucho más pronunciado a tal punto que se sobrepone y constituye una forma nosológica especial: la pelvi-peritonitis.



PATOGENIA

Antes de comenzar a tratar sobre el origen de las infecciones, debemos a nuestro parecer, recordar lo que conocemos sobre el método de defensa natural del organismo femenino contra dichas causas etiológicas y así es que mentaremos de una manera aunque sea rápida la acidez del mucus vaginal y la importancia que ello tiene.

Courty, en el año 1881 decía : « El líquido que exuda la mucosa vaginal llevando con él amplios colgajos epiteliales es ácido. No solamente tiene un olor agrio bien marcado, sino que enrojece fuertemente el papel de tornasol ». Pero quien toma con más método el estudio del punto, es Döderlein que en el año 1892, consigna un cierto número de nociones generales que sólo se modifican en algo posteriormente por los estudios que sobre el mismo tópico hace Zweifel y Becher. Döderlein dejó sen-

tado que las secreciones vaginales eran de dos tipos : primero una materia grumulosa, blanquecina de consistencia espesa, de reacción ácida que constituía la secreción normal y que él encontró en las embarazadas en una proporción de 55,3 por ciento. Segundo : una secreción amarillenta de consistencia cremosa, algunas veces espumosa compuesta de mucus amarillento, casi siempre débilmente ácido y no difícilmente, algunas veces neutro o alcalino ; constituyendo éste el tipo de la secreción vaginal patológica. Haciendo la investigación bacteriológica encuentra un bacilo constante en la secreción vaginal ácida y después de un estudio prolongado de esta secreción llega a la siguiente conclusión : la acidez de la secreción vaginal es debida a la presencia de ácido láctico y este ácido láctico es función de la acción bacteriana ; él es producido por la actividad de ese bacilo que observa constantemente en la secreción ácida, por otro lado establece que estos bacilos de la vagina por la producción de ácido son capaces de impedir el desarrollo en particular del estafilococo piógeno.

Por oposición constata que las secreciones vaginales patológicas tenían en sí un aumento de las formas bacterianas cortas y la disminución de las largas. En cuanto al estreptococo falta siempre en las secreciones con caracteres normales, mientras

que su presencia en las secreciones patológicas es acusada ocho veces en ochenta y siete embarazadas ; debiendo hacer presente que en ninguna de ellas se había practicado examen vaginal anteriormente.

Zweifel retoma los trabajos de Döderlein con más dedicación bajo el punto de vista químico y nos dice que la acidez vaginal es debida al ácido láctico de fermentación y que en las gonorréicas y embarazos bañadas la cantidad de ácido láctico es mucho menor que en las primíparas y multíparas a secreción normal. Después de este autor, Becher es quien se ocupa del asunto y dice que para él la producción de ácido láctico se compondría de dos partes : la primera por vía absolutamente química, hidrólisis, producción a expensas, de las mucinas vaginales de glucosamina y la segunda por acción bacteriana del bacilo vaginal de Döderlein, descomposición de la glucosamina en ácido láctico. Al mismo tiempo que se hacen deducciones sobre lo observado se aprovecha para efectuar in vitro experiencias de control llegando a que, si bien no era esterilizante en absoluto y en corto plazo, por lo menos atenuaba de manera pronunciada la acción del estreptococo ; sembrando éste en un caldo que contuviera (0,50 %) de ácido láctico, y si el contacto se prolongaba, la esterilización se hacía siempre ; de modo que después de lo expuesto, ve-

mos que la importancia de la acidez del mucus vaginal es grande, que su decrecimiento por debajo de las cifras medias de 5,3 % de ácido láctico libre y de 3,5 % de ácido láctico combinado ; dadas por Zweifeld, indica que el canal de entrada está falto de defensa y con seguridad ocupado por las formas microbianas cortas con su virulencia exaltada ; como pudo poner de manifiesto Döderlein quien, en las siembras de secreciones con caracteres patológicos encuentra unos cocos y una forma facilar corta y con la inoculación de dichas secreciones todos los animales se enfermaban. Para terminar, repetiremos con Kühn que «La fermentación ácida lleva todos los gérmenes importados a la vagina a estado sa-prófito o parásitos inofensivos de la misma» y es precisamente en ésta última facultad que reside la fuerte protección que la fermentación ácida asegura al canal vaginal.

Pero todo este complejo trabajo de defensa es reducido a cada paso por múltiples causas de las cuales nos debe interesar en primera línea el gonococo de Neisser, ese diplococo que tanto mal ha hecho y sigue haciendo a la humanidad en todas las escalas sociales. ¿Cuál es la puerta de entrada del gonococo ?, son varias : la vulva, la úretra, la glándula de Bartholin y la vagina ; estas localizaciones que pueden hacerse al mismo tiempo no son todas

ellas elegidas de igual manera por el agente microbiano que nos ocupa para su persistencia en el organismo femenino, eligiendo para ello, como ya hemos especificado anteriormente el fondo de saco vaginal posterior y el cuello del útero; el árbol de la vida con sus repliegues y, sinuosidades constituyen excelentes nidos para su alojamiento y persiste en ellos de una manera desesperante.

De ahí el micro-organismo penetra en el cuerpo del útero determinando una metritis aguda purulenta y de esta cavidad gana el orificio de las trompas y a pesar del sentido contrario del movimiento de las ciliias vibrátiles, él encuentra en la mucosa de este órgano condiciones favorables para su estancamiento y desarrollar de esta manera una salpingitis, la cual puede terminar de dos maneras distintas o bien el proceso flegmático, que tiene por asiento casi único, dicha mucosa, no es tan acentuado, como para formar sinuosidades y repliegues que lleven a cerrar la comunicación tubaria con la cavidad uterina, quedando entonces reducida a una salpingitis gonorréica susceptible, de llegar a la curación por medios puramente médicos o si se produce la obliteración sucede que estando abierto el ostium abdominal y merced, a movimientos de la muscular de dicha trompa se derrame en el peritoneo pequeñas cantidades de pus que según la viru-

lencia y la frecuencia de dichos derrames provocará del lado de la serosa una mayor o menor extensión del proceso que vendrá a constituir ya una perisalpingitis englobando en dicho proceso al ovario o una pelvi-peritonitis con todo el cortejo de adherencias posibles siendo en estos casos muy raro la formación de abscesos pelvianos. Otras veces el ostium abdominal cerrado, desde el comienzo del proceso provoca la colección del pus dentro de la trompa, quedando formado así un pio-salpinx el cual podrá adquirir en ciertas ocasiones un volumen algo pronunciado. El estreptococo tiene una importancia mayor en el sentido que mientras el gonococo respeta, por decir así, el tejido celular, este otro microorganismo no lo hace y llega a provocar mayor número de lesiones en el organismo. Además las vías de ingreso y de propagación distintas también hacen que los procesos estreptocócicos sean muchas veces fatales para la enferma de una manera rápida. La puerperalidad es la gran causa de las infecciones del aparato genital de la mujer y sin temor de equivocarnos : los abortos, la causa esencial. En una serie de 44 salpingo-ovaritis supuradas la causa es debida 24 veces a la puerperalidad ; en 14 pelvi-peritonitis, 12 veces los abortos son la causa y en las otras dos hay como antecedente infecciones del mismo origen, pero de antigua data,

los flemones del ligamento ancho no tienen otro origen que el que estamos tratando.

Se han dado casos de ovaritis supurada a estreptococos en mujeres vírgenes y otras veces se ha querido imputar a un pasaje a través de las tunicas intestinales de dicho micro-organismo, pero esto nos parece casi imposible, pues creemos que siempre el punto de partida del estrepto está en la parte inferior del aparato genital. En cuanto a sí existe normalmente y con su virulencia más o menos atenuada en el canal genital, es capítulo muy discutido que nosotros no entraremos a tratar, creyendo más bien que se localiza después de la causa productora del traumatismo que dió lugar a su penetración, es decir, que es llevado por manos e instrumentos sucios o bien por apósitos que dejan mucho que desear en materia de asepsia y que una vez ahí como no encuentra el medio de defensa natural sino que muy al contrario un medio propicio a su desarrollo, como es la sangre estancada en la vagina y que le sirve de caldo, de cultivo; su virulencia se exalta y la infección se constituye.

La vía de penetración del estreptococo ha dado lugar a innumerables trabajos con sus correspondientes conclusiones y de la lectura de algunos de ellos creemos que está demostrado su propagación esencial por linfáticos y venas lo que no, excluye

su poder de penetración de los órganos en profundidad como lo demuestran los cortes histológicos del útero y trompas y si así no fuere su modo de penetración no sería él la causa esencial de la flogosis del tejido conjuntivo pelviano.

Toca el turno al bacilo de Koch y lo mismo que los anteriores su modo de penetración y su llegada a la trompa y ovario ha dado lugar a investigaciones y estudios numerosos, discutiéndose la localización bajo el punto de vista clínico, es decir, si la lesión puede ser primitiva o es secundaria a un foco no puesto en evidencia por los métodos clínicos usuales. De toda esa serie de trabajos entre los cuales las tesis de Mlle. Gorovitz, la de Dervaux y la de Rives, nos han impuesto de las conclusiones más aceptables, las cuales afirman que muy rara vez la tuberculosis genital es lesión primitiva del organismo y que la consecutiva a lesiones localizadas en otros órganos es llevada a los anexos por vía sanguínea. El origen hematógeno es cada día más admitido en contra de los otros modos que, sin embargo, todavía se consideran como posibles. Las relaciones patogénicas entre el peritoneo y los anexos y en especial las trompas parecen recíprocas y a los hechos demostrados de la infección tubaria por una peritonitis bacilosa se oponen otros no menos demostrativos de inoculación del peritoneo por las trompas.

Las vías linfáticas pueden llevar a las trompas la infección a lo largo del ligamento ancho con una lesión inicial del cuello del útero o del cuerpo uterino, siendo la contaminación de éste último órgano, ya por un coito efectuado con un sujeto portador de lesiones ulcerosas del glande o en el caso de endometritis bacilar ingertada en la mucosa después de un parto o por maniobras obstétricas.

La vehiculización del bacilo de Koch por el esperma y su asiento en la trompa ha sido muy discutido, pero no se ha podido demostrar de una manera absoluta su no posibilidad y a los que opinan preguntándose como se infecta la trompa y no se infectan las vías bajas, se le argumenta que la vagina con su modo de defensa natural se protege y en cuanto al útero dos son los modos de defensa : las secreciones mucosas que arrastran los microorganismos y además la descamación y hemorragia que se hace mensualmente durante la menstruación ; en cambio la trompa tiene en su anatomía un buen número de factores favorables para su desarrollo, a los cuales se le agrega que es la tuberculosis anexial una enfermedad que toma asiento en mujeres de mal desarrollo físico congénital.

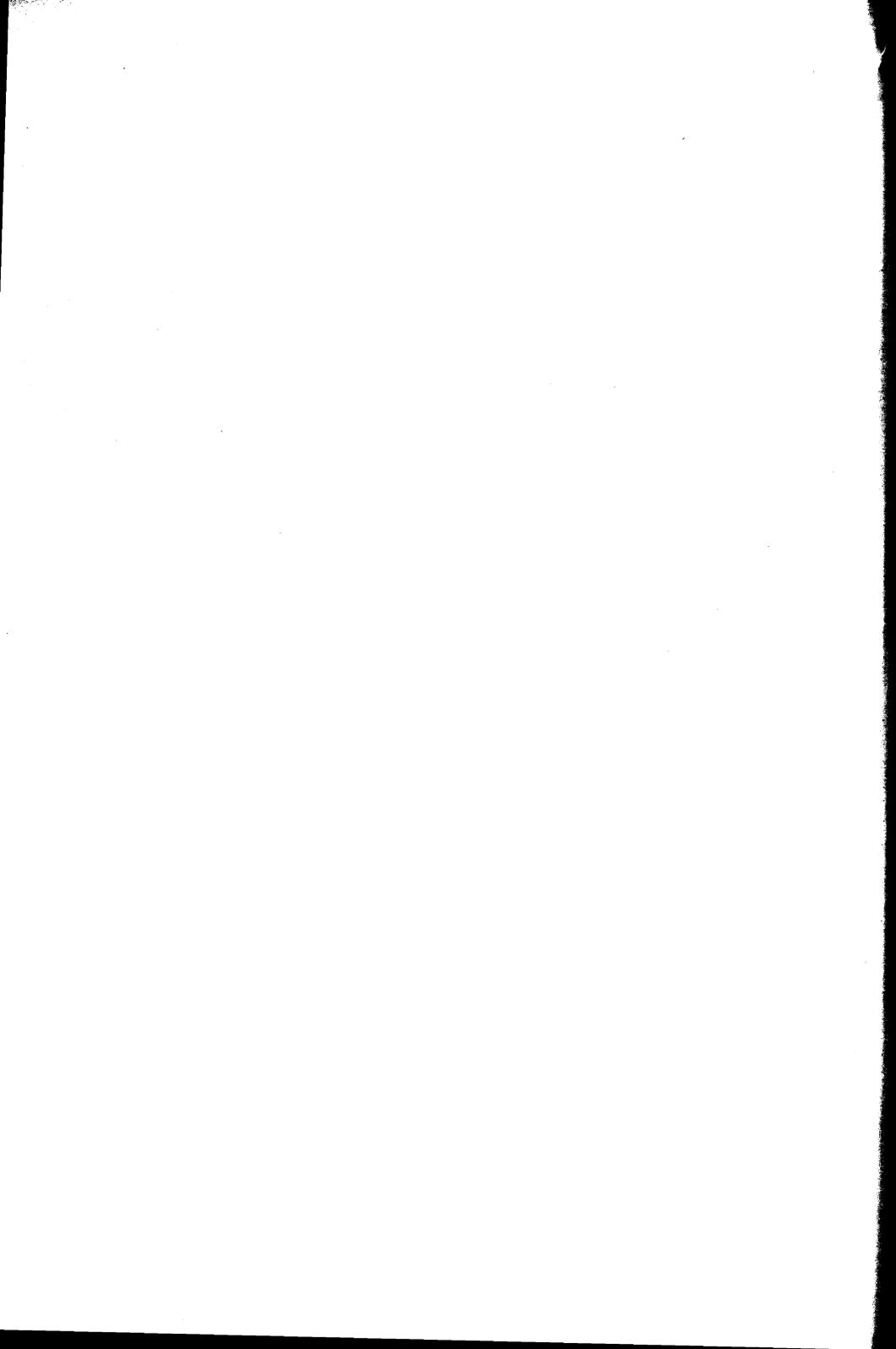
Nos quedan todavía por ver las lesiones supuradas en las cuales se encuentra el bacilo coli communis y por último las infecciones mixtas.

La salpingitis a bacilo coli presenta un carácter importante como indicador de la vía de llegada a la trompa de dicho micro-organismo y es la relación de contigüidad con el tubo digestivo. Leyendo las observaciones clínicas con examen bacteriológico de las piezas se puede ver que siempre que se acusa la presencia del bacilo coli nunca faltan las adherencias francas al tubo digestivo existiendo un ejemplo clásico de Reymond en una lesión doble en la cual la trompa unida al intestino contiene en su cavidad dicho micro-organismo, mientras la trompa opuesta que se encuentra libre de adherencias se halla exento de él. Como claramente se vé la vía seguida por el coli son las adherencias y como éstas no se efectúan si no hay inflamación se deduce que el coli es siempre secundario en las afecciones de los anexos.

La presencia en asociación de micro-organismos que por sí solo son capaces de provocar la infección es un hecho bien comprobado, al cual hay que agregar los caracteres clínicos de mayor gravedad que adquieren dichas lesiones y que se traducen en general con una mayor resistencia a su enfriamiento y marcha hacia la curación; la presencia del gonococo de Neiser y del estreptococo en una misma enferma, no es novedad así como, que el segundo adquiere mayor virulencia a costa del pri-

mero que es el que debilita los medios naturales de defensa del organismo. La presencia de distintas variedades de saprófitos unidas a estas especies principales también ha sido puesto de manifiesto innumerable cantidad de veces y su modo de acceso es la vía baja, penetrando ya por continuidad mucosa a raíz de una metritis infecciosa, ya atravesando los vasos o linfáticos que las llevan hasta las trompas afectadas.

El ingerto de lesiones tuberculosas en salpingitis infecciosas de origen puerperal no es un hecho muy raro. Otros modos excepcionales de infecciones tubarias han sido especificados, pero en los enfermos tratados por nosotros no hemos encontrado en los antecedentes ni en el examen de las piezas nada que nos lleve a sospechar orígenes tales, ya sea por el micro-organismo que se ha acusado de ser el causante y esto lo decimos para el neumococo, el actinomices, el bacilo de Eberth y el bacilo carbuncloso.



TRATAMIENTO

Es únicamente de las lesiones supuradas de lo que nos vamos a ocupar dejando de lado la flegmasias que no llegan a este final. No es nuestro ánimo al tratar de este interesante capítulo, cuya discusión es objeto de apasionamientos en los maestros más experimentados pasar revista a todo lo que, como procedimientos terapéuticos se han propuesto y usado, sino exponer lo que en el Servicio de Cirujía del doctor Beláustegui en el Hospital Rivadavia se viene efectuando desde el año 1909, fecha de la inauguración de dicho servicio. Como claramente se deduce ha de ser el capítulo de tratamiento médico, el primero que hemos de tratar puesto que mediante dicho procedimiento obtendremos el «enfriamiento», base primordial para llevar las enfermas a la mesa de operaciones; no queriendo con esto decir que no haya enfermas que

«curen» en el término médico de este vocablo sin operarse.

TRATAMIENTO MEDICO

Robin y Dalché, en su tratado titulado *Maladies des Femmes*, comienza el capítulo de las flegmasias peri-uterinas diciendo: «Los fenómenos inflamatorios de las regiones peri-uterinas son susceptibles de mostrarse exclusivamente en un órgano aislado con una sintomatología propia bajo la influencia de causas bien determinadas». «De entrada nosotros diagnosticamos una ovaritis, una salpingitis, una pelvi-peritonitis, una celulitis pelviana». «Muy a menudo a lo menos en el comienzo, estas diferentes enfermedades provocan manifestaciones patológicas análogas, reclaman por un tiempo cuidados idénticos y si la curación no sobreviene deben ser continuados hasta el momento donde indicaciones particulares se harán a raíz del sitio anatómico de la lesión».

«Así, varios puntos de la terapéutica pueden ser reunidos en un solo capítulo».

Nosotros estamos más de acuerdo con la segunda parte de estas apreciaciones que con las pri-

meras, como podrá verse en nuestra norma de conducta.

Llegada que es una enferma al Servicio, una vez interrogada se le somete a un examen que si no nos da un diagnóstico exacto desde el primer momento por lo menos nos indica ya los órganos atacados y nos permite instaurar el tratamiento correspondiente. La anestesia clorofórmica para el diagnóstico, no la hemos usado nunca; aprovechando en algunas ocasiones del sueño anestésico en los preliminares del acto operatorio para confirmar lo que anteriormente se había creído.

Examinada la enferma es sometida a tratamiento médico, pues aunque llegue sin temperatura ni dolores se ordena reposo a fin de efectuar un período de observación que nunca baja de cinco días; es durante este tiempo que se examina clínicamente el estado general de la paciente así como el funcionamiento de sus emuntorios y el estado de defensa orgánico por la leucocitosis.

Las salpingitis supuradas y las pelvi-peritonitis son sometidas a un tratamiento que no difiere casi en nada y si alguna modificación se hace a la regla general es debido a indicaciones que parten del lado de la enferma; la primera palabra que se pronuncia en materia de indicación es la de reposo absoluto (sobrentendido que tratamos de enfermas en

período agudo), no permitiendo a la enferma en los primeros días que se levante bajo ningún pretexto, pues ya sabemos que son muchos los beneficios que estas clases de enfermas sacan de la posición horizontal, beneficios tan notables que Gallard dice : « Si yo no tuviera otro medio de tratamiento para esta afección es el reposo el que yo preferiría », esta indicación que es la primera a la cual se somete la enferma se ve supeditada a varios factores para ser levantada y los principales de éstos por no decir los únicos, son dos : en primera línea la temperatura y luego los dolores.

Los lavages vaginales con una solución antiséptica (que para nosotros es siempre y salvo muy raras excepciones el permanganato de potasio), se efectúan dos veces cada día, es decir, a la mañana y a la tarde ; la temperatura ordenada es de 40° a 45° y si bien al principio casi siempre, por no decir siempre, hay disconformidad por parte de la enferma en lo relativo a este detalle, luego se somete a él, salvo muy raras ocasiones que hace necesario bajar la temperatura del líquido para evitar reacciones dolorosas pelvianas ; la cantidad de líquido ordenado, es de seis litros y nos basamos para ello en que el paso del agua debe durar unos veinte minutos, pues si hiciéramos un pasaje rápido la acción sería congestionante de una manera acen-

tuada, lo que es una contraindicación ; lo mismo que lo es una altura de caída del líquido mayor a cincuenta centímetros, pues una altura mayor a ésta hace que el choque de la corriente y la dilatación de las paredes vaginales provoquen dolores algunas veces pronunciados.

En los casos de apreciar lesiones anexiales con exudados que las hayan fijado a los órganos que le rodean y esencialmente cuando apreciamos su caída en el fondo de saco posterior, ordenamos enemas calientes de medio litro de agua a 40°, creyendo de esta manera obtener una resolución más rápida de los exudados y probablemente impedir la formación de adherencias fibrosas con el recto ; adherencias que pudieran ser de malas consecuencias para la enferma se opere o no. Si como algunas veces sucede la enferma presenta fenómenos inflamatorios del lado de su recto, creemos bueno agregar algún medicamento anodino en los enemas ; éstas sean simples o medicamentosas, son dados a la enferma después de sus lavajes vaginales y siempre después de haber provocado la evacuación intestinal si la enferma no lo ha hecho de *motu proprio*.

Esto último es cosa que debe ser a nuestro juicio muy vigilada y sabemos cuanto hay que luchar para combatir la constipación en la mujer sintoma tan común en ella, que a erigir en normal lo

que más frecuente es ; sería para la mujer un hecho fisiológico la constipación.

Comenzaremos por ordenar un purgante que es generalmente el sulfato de sodio cuando el peritoneo no ha sido lesionado sino de manera muy ligera ; administrando en este último caso con preferencia el aceite de ricino.

Si la enferma mueve su vientre con regularidad eliminamos el purgante a no ser indicación especial y mantenemos la regularización mediante pequeñas cantidades de magnesia usando otras veces en enfermedades colíticas francas ya el sulfato de sodio en una dosis de 5 gramos diarios o la combinación de bicarbonato, fosfato y sulfato de sodio, y a pesar de todo necesitamos la indicación de enemas evacuantes en algunos casos.

Aún antes de comprobar reacción térmica en las enfermas hacemos la indicación de bolsa de hielo sobre el vientre, que como sabemos, tiene acción sedante para los dolores, siempre que su uso sea continuo, pues hemos podido notar con frecuencia que en enfermas que retiraban su bolsa para volver a colocársela nuevamente una vez caliente el vientre los dolores en vez de disminuir se acentuaban. Esta bolsa de hielo permanecerá sobre el vientre de la enferma, como ya veremos más adelante, un espacio de tiempo que no baja de diez días después

de haber obtenido el enfriamiento de la afección.

Si bien es cierto que al pasar visita diariamente hemos oído más de una vez a las enfermas quejarse de dolores de vientre sobre los flancos en el curso del tratamiento, en ocasiones excepcionales, han sido éstos tan intensos como para necesitar el uso de los alcaloides del opio.

Sabemos que las hemorragias ya en época menstrual o fuera de ellas suelen ser abundantes; nosotros creyendo que una descongestión pueda ser favorable al curso de la enfermedad, respetamos los primeros días teniendo en cuenta también su cantidad, pero si se hace muy abundante y su duración se prolonga no dudamos en ordenar el *Hidrastis Canadensis* solo o acompañado de *Hamamelis* y *Viburnum*.

Esto es lo que se refiere al estado local de las afecciones de la trompa y del peritoneo pelviano, en cuanto a las enfermas con flogosis del tejido celular preferimos en sus fases iniciales el frío, pero desde el momento que se manifiesta una marcha hacia la formación de pus cambiamos el frío por el calor y ordenamos fomentaciones calientes repetidas durante el día y la noche a espera del momento propicio para evacuarlo quirúrgicamente.

El estado general debe ser cuidado al mismo tiempo que el local; la alimentación se hace láctea

únicamente en el caso de fenómenos peritoneales serios ; sino es desde un principio lácteo vegetariana para hacerse general en los días de apirexia que preceden a la intervención. A no ser en esos procesos, cuyo enfriamiento no se consigue con ningún tratamiento y que el corazón suele tocarse ; procesos éstos, por otra parte raros, afortunadamente en lo que se refiere a lesiones de los órganos únicamente ; pero cuando la infección no se contenta con ésto y aumenta sus límites de extensión atacando los grandes vasos y formando el cuadro de las tromboflebitis útero-pelvianas siempre de origen puerperal, el estado general de las enfermas sufre de una manera acentuada tal que se hace necesario poner para el tratamiento en segundo orden el estado local y es entonces que viene a llenar su rol en esta clase de afecciones el suero fisiológico, la estricnina y los tónicos cardíacos, entre los cuales preferimos hacer uso de la esparteina por no tener inconvenientes en su eliminación y poder descansar cualquiera que sea el estado del riñón.

Establecido el tratamiento general y local, la enferma es observada diariamente y de la marcha posterior a dichas indicaciones resultan variaciones del tratamiento.

Suponiendo que siga una marcha regular, tendremos que después de un espacio de tiempo que

puede ser variable y que no podemos fijar tampoco aproximadamente los dolores, el flujo y la temperatura desaparecen el estado general de la enferma mejora ; es a estas enfermas que nosotros le mantenemos hoy en reposo aunque ya no absoluto durante quince días después de iniciada su apirexia al fin de los cuales se le hace levantar, recomendándole el no fatigarse y no permanecer mucho tiempo de pie ; siendo en este período que la alimentación se hace general y reconstituyente.

Al indicar el tiempo de reposo he dicho que hoy les mantenemos en cama quince días después de iniciada la apirexia para mantenerla luego otros cinco o seis días levantada antes de su intervención si es que ésta fuere necesaria, pues en un comienzo, el lapso de tiempo esperado para determinar si se operaba y proceder a ello, fué sólo de diez días para aquellas que entraron con temperatura a la sala y de cinco días para los que ingresaban sin ella. Pero a medida que los casos se han ido presentando, nosotros hemos ido cambiando de opinión al respecto y hemos evolucionado a llevar el período de enfriamiento absoluto a los veinte días para las primeras y a diez días para los segundos ; esto tampoco es sin duda la conducta única para todos los casos y hay enfermas que no teniendo fiebre se sigue el tratamiento médico esperando que las ad-

herencias pelvianas y los exudados inflamatorios que en ellos se encuentran, se resuelvan exponiéndolas entonces mucho menos durante el acto operatorio y pudiendo llegar a evitar en algunos casos el uso del drenaje.

No ha sido otra la causa que digo nos ha llevado a prolongar el período de tratamiento médico, pues las intervenciones a caliente que aún hoy día tienen sus defensores aunque afortunadamente en número muy escaso sin duda, no pueden ser de utilidad alguna para las enfermas, sino en casos de accidentes como sería la ruptura de un piosalpinx o la propagación de la inflamación a la gran cavidad y que hiciera necesario una operación amplia. Yo he tenido ocasión de intervenir de urgencia una mujer que había sufrido un aborto ocho días antes y que el estado local me hizo llevar la indicación de practicar una colpotomía para evacuar una colección que hacía prominencia en el Douglas y rechazaba la matriz en alto y contra el pubis; por la brecha vaginal salió una oleada de pus fétido con carácter fluído y haciendo presión sobre las paredes abdominales salía en buena cantidad todavía, razón por la cual me decidí a la apertura de la cavidad abdominal encontrándome con una peritonitis purulenta generalizada y el pus había tapizado hasta la superficie superior del hígado. Sus trompas acu-

saban un proceso agudo, contenían pus en su interior y sus orificios se hallaban expeditos.

Otras veces, muy pocas afortunadamente, hemos ido a la intervención con diagnóstico equivocado y obligados a intervenir no ha sido de nuestro agrado ni mucho menos el resultado obtenido.

Sabemos que es posible el error de diagnóstico que lleva a confundir un piosalpinx agudo con un extra-uterino y que otras veces nos lleva a enfriar uno de estos últimos procesos mientras esperamos hacer diagnóstico exacto, pues es así que recuerdo siendo yo Interno del Servicio, se hizo diagnóstico de embarazo extra-uterino en una enferma la cual se operó cuarenta y ocho horas después de su ingreso y cuyos síntomas no eran otros que un dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, acompañado de vómitos, ligero timpanismo, no hay temperatura, una hemorragia uterina se inicia doce horas después de su dolor, facies buena, diagnosticada la lesión arriba expresada se opera y nos encontramos con una trompa unida por adherencias frescas al resto de los órganos, pero que es extirpada con suma facilidad y sin derramar líquido en el peritoneo, sin embargo, la enferma muere a las cuarenta y ocho horas con inflamación aguda de la gran serosa. Como se vé este caso nos pone de relieve que aún en la ausencia de derrame de líquido

purulento basta la serosidad que se encuentra en las mallas conjuntivas de las adherencias frescas para provocar la peritonitis, lo que demuestra que dichas mallas contienen micro-organismos con virulencia muy exaltada.

Antes de pasar al dominio quirúrgico quiero decir breves palabras sobre el resultado del tratamiento médico y poner de manifiesto que repetidas ocasiones, que ya son buen número, hemos podido dar de alta enfermas que habiendo ingresado con procesos inflamatorios pelvianos de origen genital, éstos si no han curado hasta llegar al *restitutio ad-integrum* de sus órganos, por lo menos han salido curadas en el sentido clínico de la palabra, evitándose de esta manera el sometimiento a una intervención que rara vez escapa de ser mutiladora aunque fuere de una manera parcial.

Dichas enfermas han sido observadas durante un tiempo más o menos largo y no han vuelto a quejarse de malestar de especie alguna, su menstruación se ha hecho como de costumbre y en un caso la enferma vuelve a embarazarse, pero con mal resultado, pues termina con un aborto de tres meses. Esta enferma que fué sometida nuevamente a tratamiento médico y retorna otra vez a salir de alta sin operarse, quizá alguno nos objetara que para evitarle un nuevo aborto y otra nueva *poussé*

fuere menester operarla ; pero la edad (20 años) de la enferma es la que nos induce a no hacerlo teniendo en cuenta naturalmente el mejoramiento del estado local. De otra parte, tratándose de una mujer que sin ser rica tampoco necesita trabajar para el sustento diario ; creemos que debe poner de su parte algo para lograr una curación y dejar pasar un tiempo más o menos largo antes de volver a sus deberes conyugales ; haciendo de esta manera lo posible para no obligarnos a una laparatomía que pudiera ser de fatales consecuencias para su función reproductora en primer lugar y a sufrir los trastornos de una menopausa precoz en segundo. No hemos tenido la suerte de ver retornar con un embarazo a término ninguna de nuestras enfermas tratadas médicamente, pero en cambio, como ya he dicho, las hemos visto volver sin trastornos de especie alguna después de un buen tiempo.

Pero éstos desgraciadamente son los casos menos numerosos o mejor dicho, son más vale escasos, comparados con los que necesitan terminar por la cura quirúrgica.

Vamos a ver aquellos casos que a pesar de llevar un tratamiento médico severo ; la temperatura no baja a lo normal y muy al contrario, continúa ya con pequeñas ascensiones térmicas que duran algunos días para alternar con cuatro o cinco

días de apirexia y retornar otra vez con un período que puede variar de dos a seis días de elevaciones vesperales ; estas elevaciones del termómetro generalmente no pasan de 37.6 y en muy raras ocasiones llegan a 38°. En estas enfermas nosotros hemos podido observar que sus lesiones generalmente por no decir siempre, son tuberculosas, ya a bacilos de Koch solo o en asociación ; es en ellas que la dermo-reacción efectuada sistemáticamente nos resulta positiva y la apertura del peritoneo nos acusa la presencia de granulaciones.

En otras, esta persistencia de la temperatura es más irregular, las elevaciones son de un tipo remitente y alcanzan cuando se hacen las 38° o lo pasan en algo ; estas enfermas son vigiladas por el tacto casi a diario y aún en la falta de signos de fluctuación en los fondos de saco vaginales, practicamos en el punto de mayor conglomerado inflamatorio que en general es el fondo de saco de Douglas, una colpotomía y abierto el peritoneo vamos con el dedo a buscar la colección y desgarrar el saco que la contiene, con el mismo ; otras veces nos encontramos con varias cavidades y una vez evacuadas procuramos ponerlas en comunicación rompiendo los tabiques que la separan.

No siempre el producto de esta colpotomía es pus franco, algunas veces abierto una cavidad, sale

de ella un líquido de color citrino, de aspecto límpido, después de lo cual el cuerpo uterino es fácilmente apreciable con sus anexos a los lados; se trataba pues de un quiste inflamatorio; evacuado el líquido cualquiera que sea su naturaleza, ensanchamos la brecha vaginal introduciendo un clamp cerrado y retirándolo abierto y después hacemos un drenaje con gaza iodoformada tal cual lo indica Fargas en su tratado, pero con la diferencia que dicho autor lo retira a las 48 horas para su renovación, mientras nosotros la dejamos seis días sin cambiar y después de los cuales se retira y no se renueva. Practicado este drenaje por indicación de nuestro malogrado jefe de clínica el doctor Manuel Brea, en ocho casos, nos ha dado un resultado excelente, pues las enfermas no han acusado ni un décimo de temperatura después de la intervención; en cambio en una enferma que se practicó una colpotomía a fin de extraer una gasa olvidada en el vientre que dejada en el Douglas había ascendido hacia la fosa ilíaca derecha hubo necesidad de reemplazar la gasa por tubo, pues se coleccionaba pus por detrás de aquella y esto lo explicamos muy fácilmente, la fuente productora de dicha secreción se hallaba alta y colocada muy por encima del drenaje que le servía de taponamiento.

Ya que estamos tratando de colpotomías evacuadoras, he de mencionar que, como todo el mundo es el único procedimiento usado en los abscesos pelvianos consecutivos a una pelvi-peritonitis.

Hablando del estado general de las enfermas, dijimos que ciertas infecciones se hacen propagándose a los vasos grandes de la pequeña pelvis y dan un tipo pihémico a la infección, otros sin llegar a ello toman el carácter septicémico ; en estos casos como ya hemos dicho, el estado general nos debe preocupar mucho más que el local y es en ellos que la temperatura persiste de una manera desesperada habiendo hecho que se llegue a laparotomizarlas a fin de evitarle la muerte consistiendo la intervención en ligadura de los vasos por encima del trombus obliterante.

Reuniendo las cifras de los diversos autores, se ve que, en un tercio de los casos, la intervención ha sido seguida de curación. Nosotros hemos tenido últimamente ocasión de poder observar dos casos al mismo tiempo, cuya historia pasaremos a relatar de una manera rápida : en una de ellas se trata de una enferma que es llevada a un hospital donde es raspada por retención de restos ovulares ; después de dicho raspado la enferma dice sufrir un escalofrío y se inicia el estado febril con temperatura.

Sale de dicho hospital e ingresa a nuestro servicio con 39° de temperatura y 140 pulsaciones, tensión baja, lengua seca, vómitos y constipación. Examinada localmente nos da a la palpación combinada con el tacto lo siguiente: cuello uterino, forma cilindroidea, volumen normal, orificio externo redondeado y cerrado. Cuerpo uterino no se toca, se halla fijado inmóvil sobre su costado izquierdo ocupando todo el fondo de saco lateral y llegando hasta las paredes pélvianas, se aprecia una induración de consistencia leñosa. Fondos de saco, anterior, posterior y lateral derecho depresibles. Explorada la fosa ilíaca cuidadosamente por el lado abdominal no se aprecia tumor alguno ni se provoca dolor a la presión. Se instituye tratamiento médico, suero, cafeína, bolsa de hielo, purgante de aceite y lavajes de permanganato; en los días subsiguientes la temperatura se hace a la noche de 40° un día y de 39° los subsiguientes. Se procede a un nuevo examen y no encontramos ninguna novedad a no ser un dolor en la pierna y muslo del lado izquierdo siguiendo el trayecto de los vasos, no hay edema, se pinta la pierna con láudano y se practica un vendaje sospechando la iniciación de una flebitis. Al día siguiente el edema se ha hecho visible y continúa su ascensión hasta la raíz del muslo, la temperatura continúa siendo remitente

y alta ; se coloca la pierna en una gotera y se levanta en su extremidad y a fin de combatir el estado infeccioso se agrega al tratamiento general las inyecciones de electrargol que se hacen a dosis diarias de 20 c.c. e intramusculares, pues sus vasos venosos son muy pequeños e invisibles por el pánículo adiposo. El cuadro general no se modifica en nada así como tampoco el local y en vista de que ya han transcurrido tres semanas y no se obtiene nada en favor de la enferma, se resuelve efectuar un absceso de fijación inyectando 2 c.c. de esencia de trementina en el muslo derecho. A las 72 horas el lugar de la inyección presenta los fenómenos cardinales de la inflamación que se van acentuando hasta el quinto día, fecha en la cual se procede a la incisión de la bolsa dando salida a unos 50 c.c. de pus ; se coloca un drenaje con mecha y se continúa con fomentaciones calientes, la temperatura comienza a bajar aunque de manera irregular hasta conseguir que en el octavo día se haga la apirexia, fenómeno éste que dura cinco días después de los cuales vuelve a haber una pequeña elevación a la noche durante tres días, para volver a caer a la normal, temperatura en la cual se conserva desde hace 12 días. El pulso que durante todo el curso de la enfermedad ha permanecido por encima de la temperatura de una manera regular

no disminuyendo su frecuencia en lo más mínimo y en ningún momento tiende a regularizar su situación con aquella. Hay apetito y sus emuntorios funcionan bien por el momento.

El otro caso ingresa al servicio el mismo día y sus antecedentes indican que la infección comienza después de una versión por eclampsia en el momento del trabajo. Tres días después la enferma tiene temperatura alta seguida de escalofríos y sus loquias se hacen fétidas ; permanece en el hospital quince días de los cuales los dos últimos cree que sin temperatura, vuelve a su casa donde permanece veinte días, siéndole necesario la presencia de un facultativo por sentirse con los mismos síntomas que durante su estadía en el hospital ; el facultativo que le atiende le aconseja ingresar nuevamente a un nosocomio y así lo hace entrando al servicio. Esta enferma tiene un estado general pésimo, temperatura 39°2, pulso 140, con una tensión muy baja, hay incontinencia de orinas y materias fecales, edema de la pierna derecha en toda su altura. Examen local : lo que hemos dicho de la enferma anterior lo repetimos en ésta con la única diferencia de invertir el lugar que en vez de izquierdo es a derecha. Tratamiento general lo mismo que en el anterior con la única diferencia que las inyecciones de electrolitos, se hacen intravenosas. La temperatura que

a la mañanae stá en 37° a la tarde oscila entre 39° y 40° teniendo un tipo franco de remitencia. El pulso tomado a la mañana está siempre por encima de 120 y llegando en algunos momentos a 140. A los días días de su ingreso la pierna izquierda comienza a edematizarse y el trayecto de la safena se hace doloroso quedando constituída la flebitis dos días después y el edema sube hasta el ombligo, se venda la pierna se inmoviliza en una gotera y se levanta la cama colocándola en posición declive. El estado local no ha sufrido modificación. Transcurren tres semanas y la enferma sigue en el mismo estado, razón por lo cual nos resolvemos a efectuar un abceso de fijación en el flanco izquierdo ; setenta y dos horas después constituído el abceso se incinde y se da salida a unos docientos gramos de pus ; veinticuatro horas después de esta pequeña intervención la temperatura se coloca en 37° permaneciendo sin variación hasta hoy. Su incontinencia de materias fecales ha desaparecido y la de orina se altera con micciones voluntarias.

Por último, voy a referir otro caso de infección puerperal posterior a un raspado por retención de restos, intervención que fué practicada en nuestro servicio por el médico Interno de Guardia, dos días después escalofríos y 40° de temperatura ; se hacen lavajes intra-uterinos con solución de lugol ; en los

primeros días líquido purulento, pero luego no hay secreción de ninguna especie. Al tacto matriz algo fija, anexos aumentados de volumen y dolorosos. Demás está especificar que se indica el tratamiento general de las afecciones inflamatorias, pero sin resultado ninguno. A los 14 días y en vista de la marcha de la enfermedad efectuamos un abceso de fijación que constituido a los tres días se incindiendo salida a unos 150 gramos de pus y como consecuencia de ello, la caída de la temperatura a 37° donde se conserva sin variación hasta su salida del hospital, quince días después en excelente estado general y local. Hemos de hacer notar que esta enferma presentó en el curso de la afección que nos ocupa una eflorescencia sifilítica. Esta enferma la hemos visto tres meses después de su egreso y su estado es excelente.

Estos casos nos alientan a usar este tratamiento en las infecciones con persistencia de temperatura, un cuadro clínico séptico piohémico y en los cuales los exámenes más minuciosos muestran la ausencia de signos que nos lleven a atacar quirúrgicamente ahí donde todo tratamiento médico ha fracasado. Pero aún nos queda por ver aquellos casos donde el tipo piohémico es más neto, se forman colecciones supuradas que se evacuan, pero así mismo la temperatura y el estado infeccioso con-

tinúa terminando con la muerte de la enferma. Esto nosotros lo hemos visto en una enferma con una infección mixta a estreptococo y gonococo y que muere después de tres meses de permanencia en el servicio, tiempo durante el cual se le abren: una colección de fondo de saco y dos flemones del ligamento, se ve luego hacerse una metástasis en el ojo derecho que termina por el vaciamiento del globo ocular de una manera rápida y por fin sobreviene la muerte de la enferma, cuya autopsia nos acusa lesiones supuradas de ambos anexos y una peritonitis generalizada purulenta, sus órganos han sufrido la consecuencia de este estado infeccioso yendo a la degeneración grasa.

Quizás si a ésta enferma le hubiéramos efectuado una histerectomía vaginal con estirpación de anexos o abertura de los mismos, si sus adherencias no lo permitieran, hubiéramos conseguido algo en favor de ella, pero no lo efectuamos debido que acusábamos la temperatura a cada colección nueva que encontrábamos.

De lo anteriormente expuesto se deduce, que en los casos rebeldes al tratamiento médico general que adoptan el tipo septicémico o piohémico el uso del absceso de fijación puede ser de una eficacia notable y que dado el caso de que éste no diere

resultado debemos recurrir a la histerectomía vaginal.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hemos llegado así a la parte quirúrgica de las lesiones anexiales y expondremos con breves consideraciones relativas a cada caso lo que nosotros hemos venido efectuando en el servicio desde hace cinco años.

La vía elegida para abordar estas lesiones ha sido siempre la abdominal y digo siempre, porque una vez que se abordó por vía vaginal no fué con el propósito de atacar una lesión supurada de la trompa sino que íbamos a intervenir con diagnóstico de quiste de ovario.

La superioridad de la vía abdominal sobre la vaginal, está fuera de discusión, hoy por hoy que sabemos que es la conservación de los órganos y la supresión de los dolores el objetivo de la cura quirúrgica, cosas ambas que no pueden obtenerse con seguridad, interviniendo por vía vaginal. Esta clase de lesiones que estamos tratando adquieren, miradas bajo el punto de vista anátomo-patológico un cúmulo de adherencias tales que su desprendi-

miento requiere la vigilancia cuidadosa de la vista y un ancho campo operatorio donde las manos puedan obrar con relativa facilidad en la misión que les está encomendada, pues sino expondremos a la enferma a desgarraduras en las víceras huecas, lesiones que no pueden quedar sin reparación sin exponer a consecuencias post-operatoria bastante enojosas por cierto.

Constatando de visu y antes de actuar la importancia de las lesiones y el estado de cada órgano podemos llegar a efectuar la exceresis quirúrgica la menos mutiladora posible pues hay casos que lo exigen, ya sea por la edad de la enferma y los inconvenientes que acarrea consigo la menopausa artificial, ya sean por un pedido especial de la enferma que quiere ser madre u otras circunstancias de carácter más o menos análogo.

La peritonización de las superficies cruentas es hoy por hoy en cirugía abdominal tan necesario como la misma asepsia, pues se evitan las adherencias y con ellas el cortejo de dolores que acarrearán siendo ésta un tiempo imposible de efectuar en las operaciones practicadas por vía vaginal, razón por la cual, como ya he dicho anteriormente, somos partidarios de la vía abdominal.

Sin embargo, ésta no queda excluida totalmente y hemos visto que hay ciertas circunstancias como

ser las supuraciones de origen puerperal con carácter agudo pronunciado y que no se enfrían que necesitan ser abordadas por vía baja.

Iniciado el acto operatorio y a fin de ser metódicos en la exposición comenzaré por considerar el caso más simple, es decir, aquel en que un solo anexo está enfermo con su homólogo del lado opuesto completamente sano; caso éste no muy común, por cierto, pero que nosotros en la primera serie de cincuenta anexitis supuradas (1909-1911), hemos visto cinco veces, es decir, un diez por ciento. La indicación operatoria se hace de por sí sola: Ooforo-salpingectomía unilateral conservando los órganos del lado sano y el útero; no siendo ni aún en las circunstancias de mayor probabilidad de una nueva infección para la enferma, partidarios de la castración total, tal como lo piden muchos cirujanos basados en que las enfermas operadas una vez vuelven para ser reoperadas por infección del anexo respetado; creemos, digo, que no debe de ser ese el criterio que debe reinar en el ánimo de todo cirujano pues sino sería cuestión de mutilar todos los órganos sanos en la probabilidad de que se enfermen.

He dicho que efectuamos una ooforosalpingectomía en estos casos y no una salpingectomía, aún en el supuesto de que el ovario se encontrara libre

y separado de la trompa porque creemos que con el ovario del lado opuesto la enferma escapa a los accidentes de la falta de secreción interna y porque creemos que aunque no se encuentre englobado dentro de la lesión el ovario no ha escapado a una infección de su parénquima aún en grado ligero. Debo hacer notar que en procesos que no sean inflamatorios agudos y que dependan de otras causas siempre que podamos nos reducimos a la salpingectomía conservando el ovario.

Ya que de oosforosalpingectomía se trata, me voy a extender un poco respecto a la técnica de esta intervención que ha dado lugar a observaciones muy interesantes y no sólo en nuestro tiempo sino en los albores de la cirugía ginecológica.

Como veremos más adelante reproduciendo una página de Terrilon de su tratado titulado «Salpingitis y Ovaritis». Efectuada la oosforosalpingectomía por primera vez en Inglaterra por Lawson Tait, en 1872, es recién en 1887 y después de quince años que al presentar una estadística de 32 casos operados en ese lapso de tiempo sienta las reglas que se han de seguir en dicha operación. Esa técnica que se efectúa casi sin modificarse hasta hace muy poco y que aún la descripción que da Pozzi en la última edición de su tratado, no difiere en nada de aquélla y consistiendo para dichos autores la inter-

vención en pasar por medio de un Deschamp una ansa de hilo a través del ligamento ancho, hilo que se corta en su parte media y luego cruzando los cabos hacer una ligadura por debajo del borde inferior de la trompa y el otro sobre la porción ístmica de la misma, seccionando luego todos los tejidos comprendidos por fuera de ambas ligaduras. Si tenemos en cuenta que en sus comienzos dichos pedículos se ligaban con seda y que para asegurar la hemostasia se efectuaba una nueva ligadura por encima de las anteriores; se comprenderá que quedaban unos muñones de tamaño considerable y que a ellos se agregaba la no peritonización de esa superficie despulida. Sabemos muy bien que la seda es muy delicada para su manejo y cuanto más, usada en cantidad y de un grosor regular, siendo entonces muy explicable el porqué de la formación de fístulas que no terminaban nunca de supurar hasta el día que se eliminaban las ligaduras. Otras veces las enfermas curaban per primam de su herida abdominal, pero se quejaban más tarde de dolores sobre el costado operado, cuando no presentaban; fiebre e induración al tacto. Transcribiremos como ya hemos dicho un párrafo de Terrillon que dice, hablando de los accidentes post-operatorios: «Yo «he observado otras dos clases de accidentes bastante importantes como para insistir. Se trata de

« una poussé inflamatoria de la pelvis con induración
« voluminosa, dolor, fiebre, todo esto pasando va-
« rios meses después de la curación completa. Esta
« flegmasia bien caracterizada ocupando el lugar de
« los órganos extirpados o los lados del útero que
« ellos envolvían en parte, era fácilmente accesible
« por la vagina, tenía todas las apariencias clínicas
« de la enfermedad primitiva que había creado la
« necesidad de la extirpación de los anexos. La se-
« mejanza era absoluta y hubiera podido ser causa
« de equivocación si la ablación total no hubiera
« sido hecha. ¿Cuál es el origen y la causa real de
« ésta flegmasia tardía ? se contesta Terrillon y dice :
« Yo creo que se puede atribuir ésta poussé in-
« flamatoria lejana sobreviniendo cuando toda traza
« de inflamación ha desaparecido a la presencia en
« el muñón de la trompa, allí donde se efectúa la
« ligadura y la sutura de un resto inflamatorio in-
« completamente extirpado. En efecto, durante la
« operación el cirujano está obligado para tener un
« pedículo sobre el cuerno uterino a dejar una por-
« ción más o menos voluminosa de la trompa. Este
« muñón de la trompa enferma contiene pus y su
« mucosa está alterada. El ha podido ser el punto
« de partida tardío de un foco inflamatorio que se
« ha propagado a la vecindad ». Como se vé, hace
años que los cirujanos se habían dado cuenta de

la causa de tales dolores y de los poussés inflamatorias de los pedículos ; pero no sólo es esa dicen otros, la causa de los dolores sino que también pueden originarse por la tracción de los pedículos ligados en masa particularmente cuando se ha empleado la seda. Esta constricción de tantos elementos, producen la degeneración de muchos filetes nerviosos y no sólo originan neuritis traumáticas, sino también infecciosas, por invasión del pedículo y de los hilos de la ligadura por productos sépticos ; es muy natural que empleando el catgut a parte que su acción constrictiva es mucho menor y de corta duración, su desaparición más rápida por reabsorción y no actuando como cuerpo extraño entre tejidos infectados.

Desde mi iniciación como Interno, acostumbro efectuar a las enfermas antes de ser dadas de alta un examen para constatar el resultado de la intervención y en muchas de aquellas que se le había practicado una oosforosalpingectomía con la técnica corriente, es decir, no con la que hemos descrito y que todavía algunos cirujanos usan, sino con el método de resección de la trompa sobre el cuerno uterino y no efectuando tampoco ligaduras en masas, sino aisladas, ni dejando tampoco las superficies cruentas al descubierto, sino cubriendo dicho muñón con serosa llevada del borde superior

del ligamento ancho, ya por un surjet, ya haciendo una bolsa y sin embargo, digo que, enfermas operadas en esas condiciones yo he encontrado al tacto una masa inflamatoria sobre el cuerno uterino, algo dolorosa y que a semejanza de los autores arriba citados me ha hecho decir que si no hubiera visto la intervención o la hubiera practicado diagnosticaría una salpingo-ovaritis. En estas enfermas hemos perseverado con el tratamiento antiflogístico y a la vuelta de cierto tiempo hemos podido constatar su curación.

Buscando en trabajos modernos la causa de estas inflamaciones locales post-operatorias, hemos visto que Wesley y Bovey, efectuando análogas investigaciones constataron que una de las causas residía en la persistencia de la permeabilidad de la trompa al nivel de su muñón. Riess señaló igualmente esta disposición del pedículo tubario y exámenes histológicos le permitieron confirmar que el canal de la parte restante del conducto era permeable en toda su extensión; el epitelio cilíndrico vibrátil se prolongaba hasta el orificio peritoneal del muñón, en el cual terminaba bruscamente. Este detalle histológico explicaría según Bovey, ciertas observaciones paradójales, para la confirmación del desarrollo de un embarazo en un período más o menos lejano después de la ablación de los anexos

de ambos lados. Gordon cita el caso de una mujer que quedó embarazada y parió a término después de una castración bilateral, explicándose dicho autor el embarazo por pasaje del óvulo debido a la permanencia del orificio de la trompa después de la caída del pedículo. En un caso de Sutton se observó un embarazo seguido de parto a término en una enferma que había sufrido una oosforosalpingectomía bilateral por quistes múltiples de ambos ovarios. En la observación de Fritstch se observó un embarazo tres años después de la ligadura y extirpación de ambas trompas. Según Wessley, Bovey y Riess la formación de los exudados inflamatorios indicados con frecuencia alrededor de los muñones, dependerían de la comunicación de la cavidad uterina al nivel del pedículo tubario con la cavidad abdominal siendo de posibilidad aún mayor si los pedículos han sido ligados con catgut.

Cualquiera que sea el material empleado su eliminación es rápida a la vez que favorecida por la infección quedando el resto del conducto con su orificio libre y abierto en la cavidad abdominal y aun cuando la trompa se encontrara obliterada en el momento de la operación, la restauración de su extremo interno es susceptible de producirse. Se hace entonces una reabsorción de los elementos no organizados y purulentos y como la mucosa tubaria

raramente se encuentra destruída en su totalidad recupera fácilmente su calibre.

Gottschalck, examinando cortes histológicos de restos de muñones en enfermas operadas tres años antes por piosalpin halló el conducto libre, pero al nivel del punto donde había sido hecha la ligadura el epitelio estaba destruído y un tapón gelatinoso obliteraba el canal. A este respecto Bovey observa que la obturación no se encontraba asegurada por tejidos organizados y por lo tanto el tapón era susceptible de desaparecer por cualquier circunstancia. Como final de su trabajo este autor propone para librarse de dichos accidentes ligar aisladamente la trompa y seccionar el pedículo de manera de poder ser colocado debajo de un repliegue de la serosa.

Se podría objetar que en no todos los casos de ligadura y sección de la trompa se restableciera el conducto sino en aquellas en que el proceso supurativo hubiere alterado el parénquima hasta hacerlo quebradizo a la presión, pero veremos bien pronto que aún en los tejidos sanos ocurre lo mismo.

Nosotros sabemos que Kehrer a fin de provocar la esterilización en la mujer, efectuaba la sección de la trompa entre dos ligaduras a pesar de lo cual obtuvo nuevos embarazos. Es entonces que Fristch propone la resección parcial de la trompa extirpando unos dos centímetros de dicho órgano

no dejando por eso de obtener el mismo resultado que el anterior.

No todas las veces que se practica la ooforosalingectomía, se logra llegar a cubrir el pedículo tubario con serosa peritoneal y esto pasa en aquellos casos en los cuales el anexo se ha hecho posterior y bajo, encontrándose muy adherente a la hoja posterior del ligamento ancho resultando por este motivo que es en la mitad de la altura de dicho ligamento que viene a estar colocada la pinza. En estos casos, como digo, no es posible desprender el anexo de sus adherencias y como resultado no se puede levantar el ligamento para cubrir el pedículo y cuando se propone efectuarlo muchas veces la serosa sufre desgarros al sólo pasaje de la aguja lo que no deja de ser un inconveniente serio, pues como restos de la inflamación quedan superficies vascularizadas que sangran con suma facilidad y que nos puede obligar en el mejor de los casos a un drenaje. No pudiendo cubrir dicho muñón nos queda una superficie cruenta que trae aparejada un inconveniente más citado por Kreutzman con presentación de un caso y que es la unión de la serosa despulida del intestino a dicha superficie, causa suficiente para provocar la obstrucción intestinal por ileus.

La conclusión de estas observaciones y de la lectura de los trabajos enumerados más arriba, nos lleva a manifestar que las ooforosalingectomías deben ser practicadas de una manera radical, es decir, con extirpación de la trompa hasta su porción intersticial del cuerno por sección cuneiforme del mismo y cauterización del conducto que la exeresis quirúrgica deja en él, técnica ésta que permite una peritonización ideal. A esto llega en su trabajo sobre «Cirujía Conservadora de los anexos el profesor Salvador, quien describe un procedimiento análogo salvo algunas modificaciones al que nosotros hemos practicado repetidas veces en nuestro servicio y que ha sido propuesto por Delbet.

Las enfermas en las cuales se ha usado este método operatorio al ser dadas de alta hemos podido constatar la falta absoluta de foco inflamatorio y la movilización perfecta del cuerpo uterino.

Hemos considerado el caso de una lesión supurada de un lado con anexos sanos del lado opuesto, ahora explicaremos nuestra conducta en el caso de que el otro anexo, también esté enfermo, dejando a un lado aquellos en los cuales las lesiones son inflamatorias crónicas del ovario y solamente necesita una ignipuntura por ovaritis escleroquística o resección parcial por ovaritis quística, pero con trompa sana. Pasamos entonces a tratar de

aquellos casos en que la trompa se encuentra enferma y en éstos iremos de lo menos a lo más.

En el caso de que dicha trompa tenga lesiones solamente catarrales exploraremos su luz, después de expresión digital de su cavidad y en este caso nada haremos puesto que nada hay que hacer y suprimirla por tan sólo las lesiones enunciadas sería privar a la enferma de la probabilidad de un embarazo; si la lesión de la trompa es más acentuada y su ostium abdominal se halla cerrado, la cosa varía de aspecto y en este caso ya hay que tener en cuenta varios factores distintos para proceder, como ser: la edad de la enferma, pues si se trata de una múltipara próxima a la menopausa creemos mejor suprimir dicha trompa, pues la mayoría de las veces falla la finalidad que se ha tenido al respetarla, contentándonos en estos casos con la conservación del ovario. Idéntica opinión tenemos para las enfermas jóvenes que ejercen la prostitución, pues a éstas de nada les serviría su trompa y el peligro de retornar a infectarse es naturalmente mayor que en las otras. Nosotros hemos tenido que reoperar las enfermas de dicha categoría en las cuales se había hecho cirugía conservadora de trompa, efectuando la segunda operación en un plazo que no ha pasado de dos años. Como

se comprenderá estas enfermas apenas salidas del hospital vuelven al ejercicio de la profesión y sino una nueva infección por lo menos la acentuación de la metritis concomitante es la que produce la re-infección.

En cambio las enfermas de clase acomodada que observan todas las prescripciones terapéuticas posterior al acto operatorio, son pasibles de sacar buen resultado de él.

Otras causas pueden llevarnos a la cirujía conservadora de la trompa, como ser el deseo formal de un hijo en una mujer que no lo ha tenido aún; estas enfermas deben ser expuestas a reoperarse en caso de «echec», pero deben en ellas más que en ninguna el cirujano ser lo más conservador que pueda y encuentra en ello según los casos que varían de uno a otro la aplicación de los distintos procedimientos operatorios usados.

Pero toda trompa que no sea permeable y cuyo contenido no sea aséptico, no debe ser conservada y es así que creemos que la conservación de una trompa que encierre pus es intervención criticable, esto siempre en el caso de no obliteración del ostium abdominal, pues una vez constituido el piosalpinx la trompa debe ser a nuestro juicio extirpada.

Con estos casos entramos a las salpingectomías dobles con conservación de ovarios, operaciones que

tienen por base el estado de estos órganos y que naturalmente más deben hacerse cuanto más joven es la enferma ahorrándole de esta manera los fenómenos de la menopausa artificial que no dejan de ser molestos para la paciente y en otras ocasiones para el médico también.

En todas las enfermas en las cuales ninguna de las dos trompas llene las dos condiciones anteriormente enunciadas y que uno o ambos ovarios se puedan conservar ya total ya parcialmente, se practicará la salpingectomía doble con conservación de uno o de ambos ovarios y cuerpo uterino. Con respecto a ésto último se nos presenta una variante operatoria debida a que el útero por falta de la parte superior de ambos ligamentos anchos pierde su equilibrio y viene a alterarse su estática sufriendo ya una retroversión, ya una retroflexión con todo el cortejo de incomodidades y dolores de tales afecciones. Este accidente hace tiempo fué puesto de manifiesto por los cirujanos subsanándose con una histeropexia, cuyos resultados no eran del todo agradables al cirujano ni beneficiosos para la enferma, pues se notaba que esta clase de intervención concluía por la supuración de la herida abdominal; supuración que duraba hasta la eliminación de los hilos.

Terrier, a quien llamó mucho la atención de éste opinó que desde el momento que había habido infección de las trompas necesariamente el útero, debía estar en las mismas condiciones y que el hilo que atravesaba el parénquima de dicho órgano se infectaba sirviendo para llevar la supuración a la pared.

A fin de comprobar dicha hipótesis resolvió efectuar cultivos de trozos de útero resultando en todos positivo.

De lo expuesto se deduce que será preferible en estos casos practicar un acortamiento de los ligamentos y luego tratar siempre la metritis concomitante siendo necesario efectuar esto último en todos los casos, pues nosotros creemos que no hay infección de trompa sin infección de útero.

Uno de los inconvenientes que le han encontrado los partidarios del método radical es que faltando las trompas la postura ovular se hace en el peritoneo a lo cual nosotros no le vemos inconveniente de especie alguna por no haber visto jamás accidentes ocasionados por dicha causa y sólo conocemos un caso de inmutación peritoneal que fué publicado por Routier que lleva su radicalismo, como veremos más adelante hasta practicar en todas las afecciones supuradas la histerectomía abdominal total.

No pudiendo conservar ni trompas ni ovarios, creemos que la ooforosalpingectomía doble debe ser seguida siempre de la histerectomía, pues la conservación del cuerpo uterino no reporta beneficio ninguno a la enferma que aún en el caso más favorable que es el de la persistencia de la menstruación por costumbre del órgano, ésta desaparece después de un tiempo más o menos corto y en cambio queda un órgano que no hará sino reportarle molestias y que tarde o temprano salvo raras ocasiones, hace que vuelva nuevamente a la mesa de operaciones para su extirpación.

Nosotros en nuestra primera serie de 44 casos de lesiones supuradas de los anexos, tratadas quirúrgicamente, tenemos seis casos en los cuales se ha practicado dicha operación y ya hemos tenido que reoperar una de ellas que volvió al servicio con dolores pelvianos acentuados y metrorragias abundantes acompañado el todo de flujo, fenómenos que no cedieron a ningún tratamiento médico. Practicada la histerectomía secundaria en esta enferma la hemos vuelto a ver en excelentes condiciones.

Los que combaten la histerectomía dicen : que faltando el útero la estática pelviana se encuentra afectada ; cosa que nosotros no creemos, pues son innumerables los casos en los cuales ya se han prac-

ticado dicha intervención en el mundo y la literatura médica no registra ningún trabajo documentado y convincente de lo que los detractores de esta indicación quieren demostrar.

Nosotros hemos tratado en esta primera parte de los procedimientos conservadores en cirugía ginecológica y creemos que no estará demás citar antes de pasar a la segunda parte en la cual trataremos de los procedimientos radicales, las estadísticas que sobre dicho punto conocemos, comenzando en primer lugar con los casos en los cuales se ha conservado un anexo total o parcialmente, pero permitiendo la fecundación.

En 1890 Bouilly aporta al Congreso de Berlín el resultado de tres enfermas operadas de un solo lado, que sufrían mucho antes de la intervención y que después de ella dejan de sufrir; pero la marcha en un período alejado no se conoce.

En 1891 Jacobs de Bruselas, hace una comunicación al Congreso Francés de Cirujía, sobre 9 operadas de un solo lado; una ha sufrido la extirpación de un piosalpinx embarazándose después.

En el mismo año Delbet publica 40 casos de ablación unilateral de los cuales 16 de fecha muy reciente, y por lo tanto, sin valor. Sobre el resto de las enfermas que son 24 siete se embarazan, dando un conjunto de diez preñeces de las cuales

dos terminan con aborto, cuatro con fetos nacidos a término y las otras cuatro no han llegado a término en esa época. Sobre las 24 enfermas cuatro han fallecido después de un tiempo más o menos largo no especificándose la causa, quince reoperaciones hubieren sido necesarias según la teoría de los partidarios de la ablación bilateral, habiéndose hecho únicamente cinco veces y las cinco con éxito. Para las cuatro muertas la segunda operación hubiera sido necesaria según el autor.

Resumiendo sobre 24 casos hay nueve absolutamente contrarias a la intervención de los cuales cuatro muertas y cinco malos resultados operativos y siete casos favorables a la ablación unilateral.

En 1895 aparece una nueva serie de casos de Delbert, publicados en la tesis de Chatin, aportando nueve casos de castración unilateral, de estos seis han sido vistos posteriormente y de ellos se obtienen cuatro curaciones completas y dos fracasos.

Cerné en 1900 publica 21 casos de conservación de trompa, 9 veces poco alteradas y 12 veces muy alteradas, 4 veces la trompa conservada encerraba pus; éstas operadas están según Cerné en un excelente estado general, debiendo reingresar una sola al hospital por dolores locales. No ha observado embarazos, pero cuando publica su estadística hacía poco tiempo de las intervenciones.

Py en 1909 publica 21 ablación parcial que dieron lugar a 4 operaciones iterativas seguidas de buen resultado; el resto que son 17 han curado completamente y el resultado ha sido durable constatando un embarazo.

Por último, la estadística de Rouville en 1910, que sobre 32 operaciones unilaterales, 32 curaciones y 3 embarazos. Sobre setenta y ocho enfermas cuyo resultado operatorio se conoce quince fracasos y sesenta y tres curaciones.

Veremos ahora los casos donde se ha conservado el útero y uno o los dos ovarios.

Cerné en 1900, veintiocho laparatomías con extirpación de trompas en siete casos; en todas conservación de buen estado local y general, pero desgraciadamente no han sido seguidas durante mucho tiempo. En 1904, Devouassaux en su tesis aporta su contribución al estudio de la cuestión y concluye diciendo que: los dolores desaparecen 13 veces en 16 casos que las reglas se hacen indoloras e irregulares y en lo relativo a la insuficiencia ovárica las tres cuartas partes de las enfermas se han curado de los distintos fenómenos que presentaban o no los han visto aparecer.

Legueu practica esta operación 17 veces en 11 años y tiene enseñanzas precisas sobre 10 enfermas. La menstruación es más o menos regular, pero

constante, la salud general buena, ningún disturbio de menopausa anticipada.

Los disturbios locales dan resultados menos favorables, pues en 7 enfermas los dolores locales y las secreciones persisten. Las enfermas operadas de lesiones supuradas una de ellas muy antigua sufren todavía del lado conservado y una sufre del lado operado, otra ha debido sufrir una operación iterativa por metrorragias y por último, otra está en el momento de la comunicación por ser operada nuevamente a causa de sus dolores. Por el contrario, dos enfermas están en excelente estado.

Tuffier en el mismo año comunica 32 observaciones de conservación del útero y ovarios con una muerta por septicemia, quince operadas han vuelto a ser vistas, dos de las cuales han debido reoperarse, la una por lesiones tuberculosas se le practica una histerectomía y en la otra un raspado por metritis fungosa; todas se encuentran bien y solamente tres sienten dolores, pero no muy molestos a tal punto que les permiten sus obligaciones.

En 1911 Jacobson de Petrogrand, comunica el resultado de sus operaciones y acusa dos recidivas sobre 51 operadas. Resumiendo tenemos que en 34 % de los casos han persistido los dolores y las secreciones.

Nosotros en el período de tiempo transcurrido de 1909 a 1911, hemos efectuado en 44 casos de lesiones supuradas 12 operaciones conservadoras y seis ooforosalingectomías dobles; en las 26 restantes se efectuó la histerectomía subtotal.

La observación posterior de las enfermas no ha sido completa, razón por la cual no podemos hacer consideraciones sobre el resultado obtenido.

En el Servicio del profesor Molina en un período de cuatro años sobre 309 lesiones inflamatorias se han practicado 57 operaciones conservadoras. Nosotros hemos sido conservadores en un 27 % de las enfermas con lesiones supuradas.

Una de las conclusiones que hemos dejado ya asentadas más arriba es que en el caso de ablación bilateral de ambos anexos la histerectomía abdominal subtotal debía ser la regla y las causas que daba más era la supresión del útero enfermo, a esta debemos agregar otra que es la facilidad operatoria. Gracias a los progresos de la técnica la histerectomía abdominal no aparece más como complemento indispensable de la castración bilateral por supuraciones anexiales sino que es un medio excelente para favorecer esta intervención.

En efecto, hay numerosos casos donde la presencia del cuerpo uterino molesta en mucho para la

extirpación de los anexos inflamados y en éstos es de gran ventaja la histerectomía previa.

La práctica nos ha enseñado que es más fácil la extirpación de los anexos con el útero que no los anexos solos.

Sentada la indicación de la histerectomía ésta debe ser total o subtotal? Recorriendo los autores todos están unánimes en decir: que la primera no vive sino de las contraindicaciones de la segunda, repitiendo las palabras de Monod vertidas en la Sociedad de Cirujía en la sesión de abril de 1903 y estas contraindicaciones aceptadas son: 1º Cuando hay que asegurar un drenaje declive en casos de grandes colecciones purulentas abiertas en el curso de la operación. 2º Cuando las lesiones anexiales inflamatorias coexisten con fibromas del cuello. 3º Cuando estas mismas lesiones se acompañan de cáncer del cuerpo o del cuello en comienzo. 4º En todos los casos en donde una metritis cervical intensa acompaña a la inflamación anexial y cuando hay asociación de éstas y ciertos úteros fibromatosos en general, fibromas que han comenzado a evolucionar rápidamente después de un período silencioso.

La subtotal constituye actualmente el procedimiento de elección, ella presenta sobre la total una superioridad acentuada por ser más rápida, más fácil, menos hemorrágica, más fácilmente aséptica y

más benigna. La histerectomía por lesiones anexiales se hacen por una infinidad de procedimientos que tienen delante los casos un valor desigual. En los procedimientos simples todos son buenos, pero cuando los casos se complican, cuando los anexos son voluminosos y adherentes a las partes vecinas la diferencia ya se hace más acentuada entre los distintos procedimientos y así es que uno de ellos hace la intervención más fácil mientras que si se usaran los restantes ésta sería laboriosa o casi imposible de efectuar.

Para comprender cuál es el mejor procedimiento a emplear, es necesario darse cuenta exacta de las dificultades a vencer en la operación; se trata de separar el útero y los anexos enfermos de las inserciones y sabemos que en los casos que nos preocupan el block útero-anexial está sostenido con los tejidos vecinos por dos medios uno constante, fijo, anatómicamente bien definido y que es de una importancia y solidez tal que es a él que hay que atacar: es el cuello uterino. El otro irregular, inconstante, insignificante y frágil unas veces, otras veces tenaz, resistente y casi invencible y este medio lo forman las adherencias patológicas entre los anexos enfermos y los órganos vecinos.

En cuanto a los otros medios de unión (pedículo útero-ovárico, ligamento redondo, pedículo uteri-

no), no constituyen jamás una dificultad seria durante la intervención.

De esto se deduce que no hay sino dos obstáculos, el cuello y las adherencias y el mejor procedimiento es aquel que permite vencerlos con el menor número de peligros y en las mejores condiciones. Dos métodos de extirpación de anexos completamente distintos se encuentran uno frente al otro, uno extirpa las masas anexiales atacándolas de arriba abajo de los anexos hacia el cuello; el otro, al contrario, los ataca de abajo arriba del cuello a los anexos.

De estos dos métodos el segundo es indiscutiblemente mejor puesto que se inicia con el ataque al obstáculo principal y fijo: el útero sólido y resistente; mientras que éste no es extirpado los anexos resisten. Desde el momento que el cuello ha sido seccionado o que el cuerpo ha sido dividido en dos partes iguales la masa útero-anexial se hace móvil y fácil a inclinar en todo sentido, pues los ligamentos anchos y los pedículos útero-ováricos son elásticos y débiles y tomados entre dos pinzas se le secciona sin dificultad.

Nos queda todavía un obstáculo que son las adherencias patológicas; su diversidad no permite establecer de antemano una regla general para la decorticación, pero debemos tener presente como

regla fundamental que los anexos son mucho más fácil a desprender de abajo arriba que de arriba a abajo.

«Es abajo dice Faure, que están los espacios libres y los planos de clivaje, es arriba que se encuentran las adherencias sólidas y peligrosas en particular aquellas que contraen adherencias con las ansas intestinales. La razón está en la vascularización, mucho más activa de las ansas intestinales y del recto mejor irrigado que el peritoneo que tapiza las paredes pelvianas y eso es tan cierto que las únicas adherencias sólidas que hay en el fondo de la pelvis son aquellas que unen los anexos al recto. Es muy natural que el peritoneo intestinal sobre el cual corren innumerables vasos reaccionen mucho más pronto que el peritoneo pelviana al contacto de los anexos enfermos y es a esta particularidad anatómica que hay que atribuirle la organización más completa y la solidez más grande de las adherencias intestinales». Es por esta razón que Faure considera la extirpación de los anexos de abajo a arriba superior a la ablación inversa. En la histerectomía supra-vaginal por lesiones anaxiales bilaterales, entran todas las operaciones en las cuales se ataca el útero. Numerosos son los procedimientos propuestos y se puede decir que cada cirujano tiene el suyo el cual está acostumbrado a

practicar y lo considera el mejor. Unos como Pozzi y Terrier atacan de arriba a abajo, los otros como Kelly y Segond hacen una sección continua de derecha a izquierda o de izquierda a derecha, otros como Faure practican la hemisección uterina y finalmente tenemos los que, como Doyen, atacan las lesiones por la parte postero-inferior o bien como Richelot por la parte antero-inferior.

Nosotros creemos firmemente que entre todos estos métodos no hay ninguno que goce de los derechos de una predilección, pues como hemos expresado anteriormente en la práctica, todos y cada uno de ellos tienen su indicación especial.

La técnica de la intervención que nos ocupa debe estar subordinada no a un procedimiento sino a un método y este método responde por entero a la regla bien establecida por Faure y que dice: «Los anexos inflamados son mucho más fácil de librarlos de las adherencias a los órganos a los cuales están unidos cuando se les aborda por abajo y yendo de abajo a arriba».

Abierta la cavidad abdominal el cirujano debe darse cuenta exacta del estado de las lesiones y es la topografía, el grado de adherencia de los anexos al útero, al intestino, a la vejiga y a las paredes pelvianas, lo que decidirá la vía a seguir y el procedimiento a emplear.

Varios casos pueden presentarse en la práctica, pero de una manera general las lesiones anexiales en su relación con el cuerpo uterino pueden ocupar una situación anteroposterior, lateral o mixta, reduciendo los principales tipos anatómicos a cuatro según que los anexos enfermos sean laterales, anteriores, posteriores o superiores, pero estos cuatro tipos pueden combinarse y dar lugar a formas de transición bastantes numerosas.

Nosotros tomaremos algunos de estos tipos que permitirán la exposición de los diversos procedimientos necesarios y tenemos :

1° *Anexos poco adherentes con útero móvil*, caso muy raro de encontrar por estar tratando nosotros únicamente de lesiones supuradas. Empleamos con preferencia en estos casos el procedimiento de Terrier con la sección primera de los ligamentos anchos, es decir, que atacamos de arriba a abajo.

2° *Anexos alterados desigualmente : voluminosos y adherentes de un lado, libre de otro*. El procedimiento denominado americano descrito por Kelly es el que usamos en estos casos.

3° *Anexos fijos a las paredes pelvianas, útero libre*.

4° *Anexos voluminosos, adherentes a las paredes pelvianas y al útero.* En estos dos casos usamos y le reconocemos gran ventaja sobre los otros el procedimiento de Faure de hemisección uterina, pues presenta sobre los otros la gran ventaja de ofrecer en cada mitad uterina un punto de apoyo sólido, una buena toma para la decolación y llevar hacia arriba el pedículo interno de los anexos con mucho más facilidad que cuando se está obligado a tomarlo directamente sobre los tejidos friables.

5° *Anexos adherentes en la escavación sacra útero-vascularia hacia atrás,* aquí el procedimiento ideal es el de la decolación anterior, procedimiento éste que fué practicado por primera vez por Faure y que Kelly lo efectúa poco tiempo después desconociendo que el inminente cirujano francés lo hubiera ya ideado y la casualidad ha querido que, casos completamente análogos de fibromas de la cara posterior del segmento inferior fueran la causa que ambos cirujanos les obliga a practicar, pues no encontraban con los métodos que hasta entonces se conocían el medio de efectuar la histerectomía.

6° *Anexos enteramente adherentes de un lado, fijos a las paredes pelvianas del costado opuesto.* Los anexos de un lado dejando pasar entre ellos y

el útero y entre dos pinzas la sección del ligamento ancho nos dejará llegar al cuello uterino al cual atacaremos lateralmente siguiendo la sección hacia los anexos opuestos y adherentes y guardando para el fin los anexos primitivamente preparados del útero, es decir, que hemos hecho en este caso una combinación de los procedimientos de Terrier y de Kelly.

7º *Anexos englobando completamente el útero*, nosotros, que yo recuerde no hemos nunca tenido ocasión de operar casos de esta naturaleza para los cuales se ha propuesto combinar una decolación anterior con una hemisección uterina efectuada de abajo a arriba y para concluir nos queda a recordar que en la práctica se presentan casos donde se hará necesario combinar distintos tiempos de los distintos métodos y es en estos casos en que la habilidad y el criterio personal del cirujano es puesto a prueba de una manera decisiva.

Terminada la intervención y antes de proceder al cierre de la cavidad abdominal es a nuestro juicio de capital importancia el preguntarse si habría o no necesidad de drenar y establecida la necesidad de ello la vía a elegir. Nosotros practicamos con preferencia casi absoluta el drenaje abdominal con gasa a la Miculikz. En muy rarísimas ocasiones hemos

usado el vaginal. Las indicaciones de drenaje a nuestro juicio son las siguientes : derrame de pus en el peritoneo, hemorragia en napa, existencia de desgarraduras que no ha sido posible reparar, imposibilidad de una peritonización y en aquellos casos en que por error de diagnóstico nos vemos obligados a intervenir en lesiones agudas infecciosas aunque su extirpación haya resultado fácil.

A. CAVIGLIA.





Buenos Aires, Octubre 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Lucio Durañona y al profesor suplente doctor Toribio Piccardo, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 30 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 2894 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Supuraciones pelvianas en la mujer vírgen.

Zárate.

II

Pronóstico de las anexitis supuradas.

Lucio Durañona.

III

Vía vaginal en las supuraciones pelvianas.

Toribio Piccardo.







