

TRATAMIENTO
DE LAS
ANEXITIS

por el
Dr. Vital Aza



EDITORIAL
"SATURNINO CALLEJA" S. A.
MADRID



DR. VITAL AZA,
Académico correspondiente de la Real
de Medicina, Jefe clínico de Ginecología
en la Facultad de Medicina de Madrid.

TRATAMIENTO DE LAS ANEXITIS

(MÉDICO, QUIRÚRGICO, FÍSICO Y BACTERIOLÓGICO)



MCMXX

EDITORIAL "SATURNINO CALLEJA" S. A.

CASA FUNDADA EN AÑO 1876

M A D R I D

PROPIEDAD
DERECHOS RESERVADOS
PARA TODOS LOS PAÍSES

COPYRIGHT 1920 BY
EDITORIAL "SATURNINO CALLEJA,, S. A.

Imp. March y Samarán

P R E L I M I N A R

AUNQUE en el lenguaje ginecológico corriente, la palabra «anexos» se aplica preferentemente a trompas y ovarios, es indudable que el peritoneo pelviano y el tejido conjuntivo periuterino tienen con el útero relaciones tan íntimas, conexiones tan inmediatas, por lo menos, como las que ofrecen trompas y ovarios; no sólo existen estas razones de identidad anatómica, sino que en el terreno clínico, dentro del campo patológico de los procesos inflamatorios y neoplásicos, aun se remarcan estas analogías y se acentúan las semejanzas.

Fieles a este criterio, en el que nos ampara autoridad tan indiscutible como el profesor Fargas, nosotros, con el epígrafe de «Anexitis», estudiaremos las lesiones inflamatorias de trompas, ovarios, peritoneo pélvico y tejido celular pelviano.

Para dar al capítulo del «Tratamiento de las anexitis»—así entendidas—el sabor clínico que deseáramos imprimirle, hemos de estudiar lo que llamaremos *síndromes anexiales*.

Estos síndromes anxiales, por su curso clínico, por la manera de iniciarse y desenvolverse, según la intensidad sintomática con que se nos ofrezcan, se dividirán en *agudos* y *crónicos*.

Así esquematizado el estudio del tratamiento de las anexitis, nos será posible ir indicando en cada uno de los grupos establecidos, al final de cada cuadro *sindrómico*, el plan terapéutico pertinente, el método de tratamiento adecuado, que será unas veces de índole puramente *médica*, *quirúrgico* en ocasiones, tal vez *bacteriológico*, o basado acaso en medios *físicos*.

Y así, estudiando el tratamiento correspondiente a cada caso concreto, habremos desenvuelto, fieles al título de nuestro trabajo, todo el programa terapéutico, de modo más metódico, didácticamente más útil, que si los hubiéramos considerado en abstracto; es decir, que preferimos que el tratamiento del proceso anxial brote ya definido, al final de cada grupo *sindrómico* estudiado, que no exponerlo de manera generalizada, y buscar luego el tipo clínico en que debiera emplearse.

I.—SÍNDROMES ANEXIALES AGUDOS

Los *síndromes anexiales agudos* tienen fisonomía diferente, dentro de sus analogías de grupo clínico, según en qué región o zona anatómica anexial resida el proceso inflamatorio.

Puede éste hallarse más intensamente localizado, o en *trompas y ovarios*, o en *tejido celular*, o en el *peritoneo pélvico*.

Y el que agrupemos identificados trompa y ovario bien se explicará al considerar que, si todos los que llamamos en conjunto «anexos uterinos» se relacionan íntimamente, estas analogías, estos lazos de semejanza, son forzosamente más marcados en órganos gemelos, inseparablemente unidos entre sí y al útero, del que constituyen por antonomasia los verdaderos «anexos».

A. — SÍNDROMES ANEXIALES AGUDOS DE TROMPA Y OVARIO

Hemos de tratar de aquellos procesos inflamatorios agudos que, asentando en trompas u ovarios, llegan a determinar en ellos colecciones purulentas.

Como tipo representativo tomaremos el *PIOSÁLPINX*, es decir, la acumulación de pus dentro de una trompa, cuyo orificio uterino esté *prácticamente* ocluido — siquiera sea sólo por tumefacción de la mucosa—, y en la que se ha producido una obturación anatómica del pabellón, o por soldarse entre sí las franjas de éste—deslustradas en su endotelio por el proceso inflamatorio —, o por hallarse rodeados de una serie de adherencias que crean alrededor del pabellón tubárico una cavidad cerrada que le aísla del resto de la serosa abdominal.

También en el ovario puede hallarse una colección purulenta, como enquistada en el parénquima ovárico, constituyéndose así el *ABSCESO OVÁRICO*; pero si ello no es, ni con mucho, tan frecuente como la aparición del *piosálpinx*, en cambio, en todos los casos de colecciones salpingianas purulentas existen lesiones inflamatorias de los ovarios, que se hallan íntimamente adheridos, como fusionados, a los sacos tubáricos purulentos, que justifican sean tratados juntamente los síndromes agudos de trompa y ovarios y que explican la sintomatología hemorrágica que algunas veces ofrecen esos cuadros sindrómicos y que hallan suficiente explicación en las lesiones irritativas del parénquima ovárico, del que parte un estímulo ocasional del hecho metrorrágico.

Cuando nos hallamos ante un cuadro clínico debido a *una inflamación aguda de trompa y ovario*, *¿qué terapéutica hemos de desarrollar?*

Antes de sentar criterio en este sentido, sí desea-

Las anexitis

mos hacer patente la necesidad de precisar bien el diagnóstico, de llegar a la certeza de que estamos ante un caso de inflamación *aguda*. No vamos a entrar—porque no se hallaría ello justificado en el título de este volumen—en diagnóstico diferencial; pero sí queremos hacer notar la *necesidad imperiosa* de practicar sistemáticamente para ello el análisis hematológico (I), el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria, cosas que evitarán el tomar como «agudos» casos que no lo eran, y a los que tal vez un hecho intercurrente prestó los falsos caracteres de agudeza, que no hubieran escapado a la sagacidad del análisis leucocitario, en busca de la fórmula globular que habla, en el número y clase de leucocitos, de los procesos supurados.

Digamos, desde luego, que ante estos casos agudos *no creemos pertinente el empleo de medios bacteriológicos y, por consiguiente, que rechazamos la VACUNOTERAPIA* en los estados agudos de inflamación anexial.

El aforismo latino *ubi pus, ibi evacua*, no rige imperativamente en la terapéutica de estos procesos, ya que, si ello fuera así, sólo de tratamiento quirúrgico habríamos de ocuparnos, y ya veremos cuánto y con qué éxito se puede hacer antes de decidarnos al acto operatorio.

Siguiendo las palabras de Döderlein, diremos que,

1) Véase el trabajo «Importancia del análisis de sangre en Ginecología», por el Dr. Macau. («Los Progresos de la Clínica»).

en la mayoría de las ocasiones, al cabo de unas cuantas semanas de tener a las enfermas sometidas a tratamiento expectante, se logra reintegrarlas a sus habituales ocupaciones.

La base firme de los éxitos indudables del tratamiento expectante en los procesos supurados de trompas y ovarios radica en *el establecimiento del más RIGUROSO REPOSO GENERAL Y SEXUAL.*

Las enfermas guardan cama, sin para nada, ni con ningún pretexto abandonarla; sólo lo harán con permiso nuestro, después de llevar cinco o seis días, no sólo libres de molestias y dolores, sino completamente apiréticas. De nada servirá todo cuanto se haga si no se tiene con toda rigidez mantenido el criterio del *reposo en cama*, que no se consentirá abandonen, ni momentáneamente con pretexto de micción o defecación cosas que satisfarán, sin dejar el lecho, en *bidets* cuñas.

En la cama adoptarán las enfermas el decúbito que les sea menos doloroso, cambiando de posición siempre que lo deseen, y pudiendo llegar a estar semisentadas algunos ratos.

Mientras las enfermas hacen esta vida de reposo general—complementada con la supresión absoluta, no sólo del coito, sino de todo lo que pueda significar excitación genésica—, ha de procurarse sostener en lo posible las fuerzas orgánicas, prescribiendo a las pacientes un plan alimenticio rico y nutritivo (carnes, aves, huevos, sopas, verduras, frutas, mermeladas, etc.).

Las anexitis

A pesar de que las enfermas tengan fiebre, deben y pueden comer, procurando que los alimentos feculentos, las verduras y las frutas estén abundantemente distribuídas en la ración alimenticia, para sostener un buen funcionamiento intestinal: se procurará que la leche entre lo menos posible en el régimen dietético, no sólo por los estados saburrales que sostiene, sino también por la formación de escíbalos que ocasiona, engendrando un pertinaz estreñimiento.

La normal función del intestino se reforzará, si no bastara el plan alimenticio, con la prescripción de purgantes, oleosos preferentemente—aceite de ricino, aceite de vaselina purísimo, «Petrolatum» glicerina neutra (dos cucharadas soperas en una taza de manzanilla), etc., huyendo de los drásticos y de los salinos, ya que éstos, mucho tiempo empleados, acaban produciendo efectos antagónicos a los deseados.

Localmente, se hará a las enfermas *aplicación constante de bolsa de hielo*, en toda la región infraumbilical.

Preferimos, en estos estados inflamatorios agudos, el hielo al calor, no sólo porque sus efectos son más rápidos, sino también porque, prácticamente y en el seno de las familias, resulta mucho más fácil sostener permanente el efecto del frío que no del calor, tal como éste generalmente se aplica (cataplasmas, compresas Priestnitz, fomentos, etc.).

Se colocará la bolsa de hielo, no directamente so-

bre la piel, sino encima de un lienzo de hilo o algodón (pañuelo, servilleta, etc.) que cubra aquélla, para evitar las mortificaciones cutáneas que la aplicación constante del hielo pudiera producir.

La bolsa de hielo ha de estar aplicada día y noche, durante varios días, hasta que la temperatura, tomada cada ocho horas, no acuse elevación febril alguna. Tan admirables efectos produce el hielo sobre el estado inflamatorio, que bien pronto se traducen, subjetivamente, en una disminución de los dolores, que vuelven a intensificarse en cuanto se trata de suprimir intempestivamente la bolsa refrigerante.

Fieles al criterio, que en Patología general rige axiomático, de dar reposo al órgano enfermo, nada tópico se hará sobre el aparato genital, ni aun las clásicas irrigaciones vaginales, que consideramos *no* indicadas, en los estados agudos: solamente lavados externos, vulvares.

El uso de los óvulos medicamentosos de glicerina, ictiol, Thigenol, etc., ya que no perjudicial, lo juzgamos de pobrísimo resultados, y su empleo es sólo una concesión a los deseos de la familia de *que se recete algún medicamento*, y un recurso de que nos valemos para reforzar—dentro de un marco terapéutico—nuestra prescripción de reposo absoluto.

Si los dolores lo piden y el estado de excitabilidad nerviosa en que se halle la enferma lo reclama, puede y debe inyectársele, mañana y noche, un centígramo de «Pantopón».

Con este sencillísimo plan, seguido sin interrupción durante varias semanas — tres, cuatro, cinco —, la sintomatología mejora notablemente, la fiebre cesa, los dolores desaparecen y las enfermas, *clínicamente casi* curadas, van entrando en la normalidad.

Restan, sí, *vestigios patológicos*, traducidos en algunos dolores ilíacos, en perturbaciones del ritmo menstrual, en dismenorreas marcadas o dispareunias intensas, datos clínicos en armonía con el estado de subagudeza, de cronicidad tal vez, en que quedan las lesiones anatómicas; pues si la corrección clínica es un hecho en muchas ocasiones, la *restitutio ad integrum* rara vez se alcanza. Sin embargo, en el archivo de todos los ginecólogos figuran historias clínicas de enfermas que, después de síndromes anxiales supurados, han tenido, con normalidad completa, una o más gestaciones, lo cual demuestra el estado de relativa normalidad anatomopatológica en que debieron quedar los anejos.

No siempre suceden las cosas de este modo favorable, sino que en otras ocasiones, y a pesar del tratamiento indicado, la fiebre continúa, acaso se exagera, los dolores persisten y todo nos lleva a tener que tomar otro camino para lograr un éxito que no pudimos conseguir con la terapéutica empleada. Fracasada ésta, los medios quirúrgicos entran en juego. Respecto a éstos, para legitimar su aplicación se quiere, por sus partidarios, recordar el precepto para ellos axiomático, anteriormente citado, de *dar salida al pus, donde éste se halle*.

De conseguirlo trata la COLPOTOMÍA, es decir, la abertura de uno de los fondos de saco vaginales, para desaguar a través de él la colección anxial supurada. Al lado de las estadísticas que hablan elogiosamente de los resultados de la colpotomía, se encuentran otras en que éstos fueron no sólo nulos, sino contraproducentes.

La explicación de este hecho, aparentemente paradójico, radica en que pueden obedecer a dos etiologías distintas las lesiones supuratorias, y en cada una de ellas las particularidades anatomopatológicas consienten uno u otro resultado.

Si se trata de colecciones supuradas de origen séptico o sápricas (puerperales), el pus está acumulado dentro de una *única* cavidad, que a veces desciende hacia el Douglas, abombándolo.

Basta entonces incindir a este nivel la vagina, para que la colpotomía vaya seguida de éxito inmediato, descendiendo la fiebre, disminuyendo los dolores y bastando ocho o diez curas ulteriores para poder dar por curada a la paciente.

Pero si la colección supurada anxial es de origen gonocócico, la cavidad purulenta no es *única*, forma diversos repliegues, varios divertículos, existen verdaderos tabiques, que separan una de otra las celdillas purulentas, tras las cuales se cobija el agente productor de la infección (*Döderlein Krönig*, página 359). Al practicar la colpotomía, como no se abre un absceso unilocular, sale, sí, un poco de exudado, pero queda casi íntegro el pus coleccionado.

Si nos empeñamos de un modo ciego y casi brutal en ir rompiendo con el dedo—introducido ya en cavidad abdominal, a través del orificio colpotómico—los tabiques que separan los varios abscesos existentes, podemos llegar a producir lesiones gravísimas en el intestino, que a veces se halla adherido íntimamente a las colecciones anexiales—; en otras ocasiones, y siguiendo esta reprobable conducta de peligrosa acometividad, se llega, sí, a desaguar cavidades purulentas situadas a mucha profundidad, pero con el peligro grande de que el pus liberado no salga íntegramente al exterior, sino que se derrame intraabdominalmente, difundiéndose por la gran serosa, y pudiendo llegar hasta producir una rápida peritonitis mortal, como en alguna ocasión hemos visto.

De modo, pues, que de *ninguna manera* deben resolverse por colpotomía los casos de colecciones supuradas gonocócicas, *dejando la práctica del desagüe colpotómico para los abscesos salpingíticos sépticos* (o estreptocócicos) y ratificando en aquéllos, por tiempo prolongado, el tratamiento no operatorio.

Dentro de la técnica de la colpotomía, sólo hemos de mencionar algunos detalles. En primer lugar, que sólo estará consentido la abertura de los fondos de saco laterales cuando éstos se hallen claramente abombados por la colección líquida, que al separar de la superficie vaginal, la arteria uterina y el uréter, consiente realizar la colpotomía sin probable lesión de órganos tan importantes.

Otro detalle técnico es el que hace referencia a que el tubo que sirve para drenar la colección evacuada no ha de sostenerse mucho tiempo aplicado, pues el estar tres o más días sobre el mismo punto colocado puede llegar a producir mortificaciones histológicas que alcancen hasta originar una fístula rectovaginal.

Haciendo cura diaria, no juzgamos necesario establecer desagüe, pues la cotidiana introducción de la pinza de cura basta a mantener permeable el desagüe colpotómico.

Cuando de modo indebido, por tratarse de pus gonocócico, se practicó la colpotomía, no sólo resulta ésta inútil, sino también contraproducente, pues la vitalidad de los gérmenes — que disminuye al estar encerrados en una cavidad, muertos por sus propias toxinas — se sostiene y aumenta al ser eliminados a través del desagüe colpotómico sus productos catabólicos.

Interesa, pues, vivamente llegar a diagnosticar con alguna certeza, antes de decidimos por la colpotomía, la probable naturaleza microbiana del proceso supuratorio, cosa que lograremos con un detenido examen de los antecedentes del proceso, completado, si es necesario, con análisis bacteriológico del flujo vaginal.

Cuando se trata de piosálpinx del lado izquierdo, preferentemente, se llega a producir, previa adherencia íntima del saco salpingiano a la ese ilíaca, o tramo superior del recto, la *abertura espontánea*

Las anexitis

de la colección purulenta, hecho contrastado en el aspecto característico de las deposiciones y en la notable—aunque transitoria—mejoría del cuadro sintomático (disminución de fiebre y casi desaparición de dolores). Ello no obstante, se trata únicamente de un engañoso mejoramiento de las pacientes, pues la cavidad supurada se recontamina por aumento de virulencia de sus gérmenes o asociación microbiana con el colibacilo.

Por ello, y siempre en el caso de pus estreptocócico, *aunque se haya éste evacuado de un modo espontáneo, debemos completar la obra de la Naturaleza, realizando la colpotomía y dando más amplia salida a la colección supurada, que de este modo radical puede fácilmente llegar a curarse.*

De manera que, no constituye la abertura espontánea de la colección purulenta (en intestino o en vejiga, esto más rara vez) contraindicación de colpotomía, cuando razones de otra índole no ponen a ésta el veto.

O por medio de la colpotomía—en los casos en que ésta se hallaba indicada—, o bien prolongando un día y otro, sin vacilaciones ni dudas, la terapéutica expectante, se logra solucionar las crisis anexiales en el estado agudo en que las venimos considerando.

Pero sucede frecuentemente que, después de una temporada de franca mejoría, subsiguiente a la col-

potomía realizada, la situación empeora de nuevo: vuelven a recrudecerse los dolores, reaparece alguna elevación térmica, que en temperaturas subfebriles se sostiene días y días. Es decir, que—notablemente aminorados, es cierto—persisten los síntomas con que la inflamación anexial apareció.

Cosa idéntica ocurre en algunas pacientes que llegaron a ser dadas de alta, tras la observancia sostenida de una terapéutica expectante. Abandonan el lecho y, al comenzar a iniciar su vida ordinaria, ven detenida su convalecencia por la recrudescencia de los dolores o la brusca elevación de la temperatura, que, sin llegar a ser tan elevada como en el comienzo de su enfermedad, se sostiene alrededor de 38°.

Júzguese cuál será el desconsuelo de estas enfermas que, o bien después de sufrir las molestias y penalidades de un acto quirúrgico, o de haber estado semanas y semanas sometidas a un absoluto reposo, aprecian con abatimiento y tristeza lo poco que consiguieron en el camino de una curación definitiva que anhelantes persiguen y que se les ofrece aún bien lejana.

La confianza que en el plan terapéutico tuvieron antes, se desvanece y esfuma, y la autoridad del ginecólogo sufre un considerable menoscabo. Nuevamente han de volver a guardar reposo, de nuevo se procurará, con dilatación instrumental, reabrir el desagüe colpotómico, y, tal vez, o nada se consiga, o la mejoría, si se alcanza, dura lo que tardemos en

autorizar a las pacientes la vuelta a su vida normal o la supresión de las curas vaginales.

Son, estas situaciones, enojosísimas de enfocar terapéuticamente; pues, pesando mucho en nuestro ánimo los peligros bien grandes y ciertos de toda determinación radical, no podemos menos de dejarnos influir por el deseo de las enfermas de salir, *a costa de lo que sea*, del estado en que se hallan, meses y meses, convertidas en verdaderas inválidas.

Desde luego, y como regla, axiomática en nuestro sentir, diremos, que de ningún modo, ni con ningún pretexto, llegaremos a laparotomizar a estas pacientes mientras la temperatura sea francamente febril y ello y la agudización viva e intensa de los dolores hablen de virulencia activa de los gérmenes microbianos. Las laparotomías, hechas en estas pésimas circunstancias, solucionarían el problema dentro de un marco fúnebre que no es recomendable.....

Ante las vehemencias de la enferma que apenas solicita un remedio para su situación, frente a las presiones de sus familiares y allegados que ratifican sus peticiones, opongamos firmes una pasividad quirúrgica inquebrantable, una terapéutica no operatoria, invencible y rotunda. Para apoyar nuestra conducta, echaremos mano, si preciso fuera, de toda serie de medios tópicos y medicamentosos que, por lo menos, tendrán la eficacia de *dar tiempo al tiempo* y de consentir—esperando una curación que seguramente no va a llegar — que el estado agudo se amignore y que la situación clínica se despeje y aclare.

Es entonces, cuando las enfermas, sin dejar de serlo, se alivian notablemente, cuando hemos de tomar, decididos y rápidos, antes de que una nueva agudización nos obligue a otro compás de espera, el camino que creamos debemos emprender, ya bien tristemente persuadidos de la ineficacia de una terapéutica expectante y de la insuficiencia del tratamiento quirúrgico conservador seguido (colpoto-mia).

Cuando las condiciones anteriormente mencionadas nos empujan a ello, pondremos en juego una terapéutica radical y llegaremos al acto laparotómico.

Con toda intención hemos escrito lo de «terapéutica radical», pues cuando nos decidimos a laparotomizar a estas enfermas, haciéndolas correr un riesgo tan cierto como el entrañado por operaciones intraabdominales en procesos inflamatorios, ha de ser llevando como justificación de nuestra conducta el deseo de que nunca más puedan ser tenidas como enfermas genitales aquellas a las que operamos. Por eso *rechazamos de lleno, en absoluto*, en estos casos, la operatoria conservadora (conservadora... de la enfermedad, como dice Recaséns) y hacemos de manera sistemática la *histerectomía*.

El proceso inflamatorio, en su agudeza, ha producido en trompas y ovarios de ambos lados lesiones inflamatorias que invalidan generalmente estos órganos para la función reproductiva; por lo que a la secreción interna del ovario hace referencia, acep-

tando desde luego como ciertos los trastornos ovarioprivos y la conveniencia de mantener en lo posible, conservando un trozo de tejido ovárico, la función endocrina de esta glándula, no podemos menos de reconocer que cuando ello se ha de lograr a expensas de dejar trozos de ovario inflamado, de ovario *ahogado* en medio de una serie de bridas inflamatorias, cosas que pueden sostener una sintomatología dolorosa postoperatoria, no merece la pena de conseguirlo.

(En capítulos ulteriores, al tratar de la operatoria de las salpingoovaritis crónicas, insistiremos nuevamente en estos puntos.)

Si ya se quitaron los anejos, ninguna razón hay para conservar el útero, no sólo fisiológicamente inútil, sino tal vez perjudicial, pues las lesiones inflamatorias, que en él dejaron sus huellas, mantendrían un cuadro sintomático de dolores lumbosacros, de leucorreas, de flujos sanguinolentos, que ensombrecerían la marcha postoperatoria.

No estamos convencidos de la existencia de los llamados «trastornos úteroprivos»; y por lo que a la estática pelviana se refiere, ningún detrimento serio sufre si extirpamos el útero, sin destruir la bóveda vaginal, haciendo una *histerectomía subtotal*, es decir, cortando el útero por debajo de su istmo, conservando un trozo de cuello y manteniendo incólume la inserción en él de los fondos de saco vaginales.

No sólo todas estas consideraciones abonan el

que preferamos, en la terapéutica quirúrgica de los procesos inflamatorios anexiales que nos ocupan, la cirugía radical, huyendo de la llamada conservadora, sino que en la misma técnica operatoria encontramos los fundamentos para estas preferencias; casi, diríamos, la necesidad de proceder como dejamos indicado.

Al laparotomizar a las pacientes, llama en primer lugar la atención del ginecólogo las dificultades para entrar en cavidad abdominal, derivadas de la serie de planos peritoneales que encontramos. Cuando, con la serosa pinzada, incidimos con la tijera, creyendo abrir un ojal en el peritoneo, vemos debajo un nuevo plano seroso y otro tal vez. Son estas enfermas las que, según frase gráfica del doctor Becerro de Bengoa, «tienen varios peritoneos», pues esta es la impresión que se tiene al laparotomizar estas pacientes.

Otras veces, inmediatamente pegado al peritoneo, se encuentra un conglomerado de asas intestinales y de epíloon, pudiéndose producir lesiones graves, al proceder con poca escrupulosidad y detenimiento técnicos.

También insistiremos reiteradamente en que la vejiga de la enferma haya sido cateterizada, pues son muchas las ocasiones en que la vejiga urinaria está tan elevada, tan desplazada por el proceso inflamatorio, que facilísimamente es lesionada al incidir el peritoneo. Es necesario pensar siempre en este posible accidente, para evitarlo.

Una vez en plena cavidad abdominal y colocada la valva, ha de comenzarse la histerectomía.

Generalmente, hay una tan íntima fusión inflamatoria de todos los órganos genitales, entre sí y con los que los rodean, que el clásico proceder de histerectomía que más comúnmente se emplea (método americano, que en otro capítulo describiremos) no cabe aquí utilizarlo.

Hemos de poner en juego la llamada *hemisección uterina* (o método de J. L. Faure y Kelly), que tiene su base fundamental en el hecho anatómico de que las adherencias inflamatorias de los anejos son más fácilmente despegables de *abajo arriba*, que no a la inversa; es decir, que hemos de hacer la histerectomía no comenzando por aislar el útero por la parte alta (ligamentos infundíbulo-pelvianos), sino por su parte inferior; *arrancando* las adherencias anexiales, de abajo arriba.

Bien sucintamente—porque en todos los textos de Ginecología se describe con minuciosidad la técnica—apuntaremos el modo operatorio.

Se coge el cuerpo uterino, fuertemente, con dos pinzas de garfio, una en cada cuerno del útero, y se incinde éste en la línea media, y en todo su espesor, con unos cortes de tijera recta: cuando se llega a seccionar por debajo del istmo, se procede a separar aisladamente cada una de estas *dos mitades*.

Para ello, una de las pinzas de garfio que se habían colocado a nivel del cuerno uterino, se clava en la parte seccionada del cuello y se bascula fuer-

temente una de las *mitades uterinas*, separándola de la línea media y cortando con tijeras a este nivel, hasta que *salta* la arteria uterina, que es pinzada; se secciona luego el ligamento redondo, y, cogiendo a *mano abierta* toda la mitad del útero, se despegan de *abajo arriba*, de modo suave, todas las adherencias, hasta que se llega al ligamento infundibulopelviano, único que ya retiene al útero, y se secciona entre dos ligaduras, con lo que se pone término a la extirpación de *una de las mitades del útero*. De igual manera se procede en el otro lado, y queda con ello acabada la histerectomía.

Durante ella sucede, a veces, que al despegar las adherencias anexiales se abren pequeñas colecciones purulentas y se vierte en el peritoneo alguna cantidad de pus.

Aun cuando operamos en una fase de subagudeza, de ninguna manera podemos tener la seguridad de que el pus es bacteriológicamente estéril, ya que hace bien poco, existían clínicamente señales evidentes de virulencia microbiana.

Por ello, procederemos en la forma que más atrás detallamos; pero sí queremos dejar ya anotado, que, contra todas las suposiciones teóricas, las operadas, cuyo peritoneo ha sido contaminado de exudaciones purulentas, *no suelen tener reacción inflamatoria de la serosa abdominal*.

El peritoneo de estas enfermas, dentro del cual se produjeron toda la serie de manifestaciones inflamatorias de anexos, que llegaron a definir el tipo

Las anexitis

clínico de los *piosálpnix*, es un peritoneo ya aguerido en la lucha microbiana, *entrenado* ya, pudiéramos decir, a salir victorioso de todas las *agresividades* sépticas, y bien por este mecanismo de activísima defensa, de reacción defensiva exaltada, o ya porque, acostumbrado a los *insultos bacterianos*, no responda ya a ulteriores agresiones, el hecho es que la infección que la caída del pus, seguramente séptico, debería producir no aparece y que las operadas ofrecen un curso postlaparotómico del todo tranquilizador, que tiene su explicación en lo que llamaremos *hábito séptico del peritoneo*.

A pesar de la realidad clínica de todo lo anterior, aun convencidos de lo bien que el peritoneo se defiende en estas circunstancias, nosotros, como operadores, hemos de procurar, con nuestra técnica quirúrgica, ayudar estas espontáneas defensas de la gran serosa. A ello obedece el que aconsejemos en estas ocasiones la colocación de un DESAGÜE.

En primer lugar, hemos de hacer constar que, cuando aplicamos uno de éstos, no esperamos apenas nada de su papel de *drenaje*, de *evacuación de exudados*, y sí, y mucho, de su papel de *aislador* del foco probablemente séptico en que hemos trabajado. Nos explicaremos.

Los detractores del *desagüe* nos dicen, ante uno de éstos, colocado en el vientre de una operada, y al ver que al tercero o cuarto día la gasa está seca, apergaminada, sin que por ella salga ningún

exudado, «bien se ve el papel negativo, inútil, de los desagües», y, ante ello y la certeza de sus desventajas — cicatrizaciones retardadas, probabilidad de eventraciones —, no vacilan en proscribirlos.

Es que nosotros, al defender entusiastas su aplicación en casos como los que suponemos, lo hacemos no por los exudados que puedan drenar al exterior, sino por la certeza de que, obrando, intraabdominalmente colocados, *como cuerpos extraños*, provocan alrededor de ellos una serie de adherencias, de bridas peritoneales, que, enquistándolos, que bloqueándolos, aislan el sitio en que se colocaron — zona en que hemos operado: la cavidad pélvica, la probablemente infectada — del resto de la gran serosa, lográndose así una *exclusión* de la región peligrosa, produciéndose, si la infección estalla, una localización de ella en la parte baja de la gran cavidad abdominal.

Por todo ello, estos desagües deberían llamarse mejor, como quiere Becerro de Bengoa, *apósitos intraabdominales*.

En otras ocasiones, no es el papel de salvaguardia del proceso peritoneal el que encomendamos al desagüe, sino otro distinto.

Al practicar la histerectomía, en los sitios donde eran más firmes y numerosas las adherencias anexiales quedan espacios sangrantes, en los que la hemorragia es copiosa, pero que no puede cohibirse por ligadura aislada de vasos, pues sangra *en masa*

L a s a n e x i t i l s

toda la superficie, ya que se trata de una verdadera hemorragia *en sábana*.

Entonces pedimos al desagüe abdominal un papel hemostático, y hacemos, con las tiras de gasa que le constituyen, un fuerte taponamiento sobre la zona sangrante.

La colocación de estos desagües o *apósitos* intra-abdominales puede hacerse, o por vientre, o a través de vagina, bastando para ello hacer salir la gasa que lo constituye por la luz vaginal, si se hizo histerectomía total, o a través de un orificio, practicado en el fondo de Douglas, si, como es lo corriente, hemos practicado una histerectomía subtotal. El tipo más comúnmente utilizado dentro de los desagües es el Mikuliz, bien conocido de todos; otras veces se deja solamente a título de desagüe una simple tira de gasa, de unos tres traveses de dedo de anchura y 25 ó 30 centímetros de longitud.

Las enfermas soportan muy bien los desagües colocados, y sólo se traduce su presencia en alguna mayor elevación del número de pulsaciones, cosa que ha de tenerse en cuenta al juzgar del curso postlaparotómico.

No debe apresurarse el ginecólogo a quitar los desagües, cosa que no se hará nunca con violencia, sino cuando al tirar de ellos se note que fácilmente se desprenden de la parte profunda. Se ayudará el natural proceso exudativo del peritoneo con abundante cantidad de agua oxigenada, que en los días

Dr. Vital Aza

anteriores al de su extracción se deja verter sobre el desagüe; si se colocó un Mikuliz, siguiendo las indicaciones de un ilustre ginecólogo sudamericano, es una buena práctica la de *retorcér* fuertemente el saco del Mikuliz varias veces sobre sí mismo, y de modo análogo a la maniobra aconsejada para la extracción de las membranas ovulares, en la asistencia del alumbramiento.

Si el desagüe se puso a través de vagina, en días ulteriores a su extracción hay que practicar una diaria irrigación vaginal con agua hervida y algún antiséptico (yodo, oxicianuro, permanganato) para combatir la leucorrea abundante que tienen las pacientes, con la precaución de que el lavado vaginal se ha de hacer lentamente, entrando el agua muy poco a poco, sin violencias (que pudieran consentir su paso a la cavidad abdominal), para lo que se colocará bien bajo el irrigador (1).

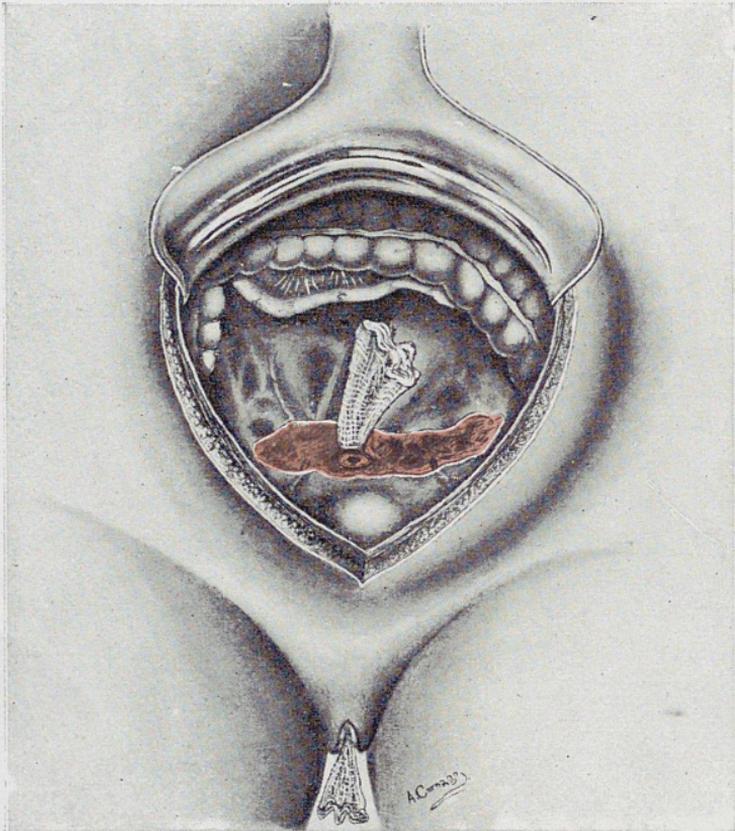
Fieles siempre al criterio técnico de dejar la región operada en las mejores condiciones de defensa, tenemos, por lo que se refiere a la operatoria radical de la piosálpinx, otro recurso, a más de éste de los desagües, del que venimos ocupándonos.

Como el «ideal operatorio» que preside nuestras laparotomías ginecológicas, la peritonización exacta y detenida de la zona operada, no cabe aquí, pues materialmente no *hay peritoneo* bastante a recubrir

(1) Véase «Ascitis provocada por desagüe abdomino-vaginal.»—
Dr. Vital Aza «Los Progresos de la Clínica», noviembre 919.

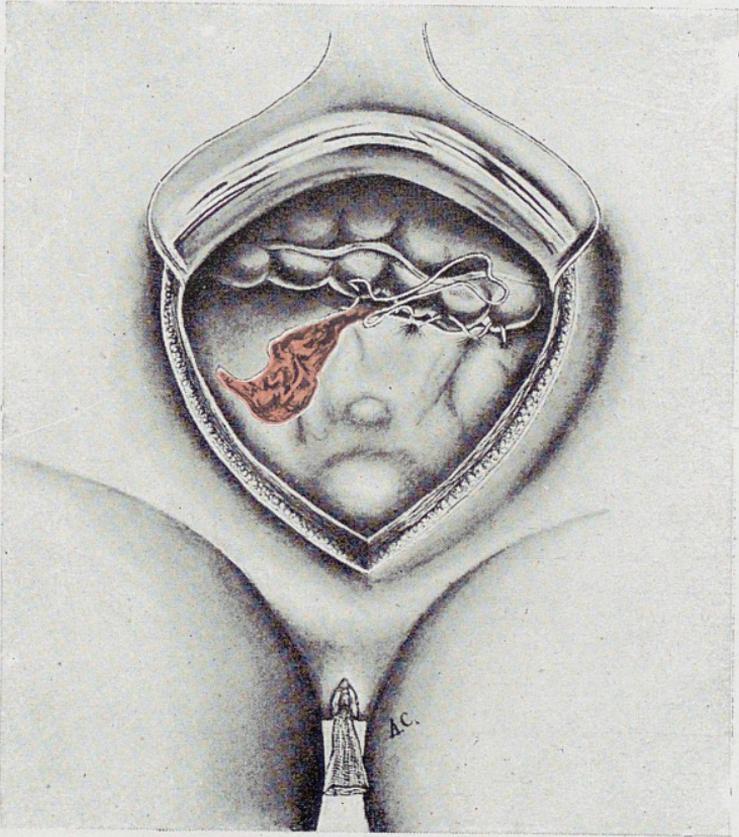


Tratamiento de las anexitis.



Colocación del desagüe de gasa que se hace salir a través del fondo de saco de Douglas.

Tratamiento de las anexitis.



Por encima del desagüe de gasa, *se excluye*, mediante sutura serosa, la cavidad pélvica del resto de la cavidad abdominal.

Las anexitis

los espacios cruentos extensos, anfractuosos, que las adherencias al despegarse dejaron, hay que valerse de un artificio, imitando lo que la Naturaleza muchas veces hace de modo espontáneo, por la creación de barreras inflamatorias aisladoras, y es éste: practicar la *exclusión de la cavidad pélvica*, es decir, aislar la zona pélvica, sobre la que hemos intervenido, del resto de la cavidad abdominal.

Para ello, y a punto separado de catgut, se va suturando el peritoneo que reviste vejiga urinaria, y constituye cara anterior de ligamentos anchos, con el que tapiza la zona de intestino grueso que encontremos más aseQUIBLE. De este modo, y en pocos minutos, queda realizado *un techo* de la cavidad pélvica, que le aísla del resto de la serosa abdominal, y mantendría localizado el proceso séptico que posiblemente puede aparecer, y al que de esta manera nos será más fácil combatir y dominar.

Aun procediendo con toda escrupulosidad técnica, aun teniendo en cuenta los peligros operatorios que existen en la cirugía de los procesos anexiales supurados y tratando por todos los medios de evitarlos, sucede, a veces, que la *fusión inflamatoria* de los órganos es tan íntima, que el mismo proceso de inflamación ha creado tan fuerte adherencia de las lesiones anexiales con las asas de intestino, que al practicar la histerectomía, al despegar las adherencias, se produce un desgarro de intestino, una ruptura de sus tónicas, que alcanza a la mucosa y pone en comunicación el contenido intestinal con

la gran cavidad, entrañando el derrame del líquido fecaloideo en el peritoneo la natural gravedad pronóstica.

¿Qué haremos ante esta incidencia desagradable del acto quirúrgico?

Ante todo, aislar lo más posible, mediante compresas de gasa, paños, etc., el sitio o zona del desgarrro, de todo el resto de la serosa, y luego realizar la oclusión de la ruptura intestinal, practicando con todo esmero una enterorrafia, poniendo sobre todo un cuidado especialísimo en la sutura sero-serosa.

Si de momento, en los días que siguen inmediatamente al acto laparotómico, ningún síntoma alarmante ocurre, habremos, sí, salvado los peligros próximos de una peritonitis mortal, pero todavía no habremos podido desechar nuestros recelos.

En efecto, a los seis, siete, ocho o nueve días de la intervención, y a pesar de que nos preocupamos vivamente de haber sostenido el mayor quietismo del aparato intestinal, no purgando a la operada ni prescribiendo enema alguno, antes bien, dándole diariamente cantidades de extracto tebaico, pantopón, etc., al cabo de esos días, repetimos, nos vemos desagradablemente sorprendidos ante unas manchas francamente fecaloideas que aparecen en el apósito abdominal, y que van en días sucesivos intensificándose, hasta llegar a convertirse en una verdadera *cloaca*, por la que sale abundantísima cantidad de materias fecales.

Estamos, pues, ante una *fistula estercorácea*, con

Las anexitis

todo su desagradabilísimo cortejo sintomatológico.

Establecida ya la fístula, hemos de emprender ante ella una terapéutica optimistamente sostenida, pues de manera terminante diremos que, de no tratarse de lesiones de naturaleza tuberculosa, la casi totalidad de las fístulas estercoráceas se curan a un plazo más o menos lejano.

En primer término, nos importará sostener en prudente estreñimiento a nuestra operada, cosa que lograremos no sólo con administración de opiáceos, sino con un adecuado régimen alimenticio (carne, pescados, algún huevo, leche), sin llegar a la dieta láctea, pues nos interesa sobre manera sostener las energías de la enferma para que el organismo todo, coadyuve a la pronta cicatrización del trayecto fistuloso.

Por conseguir esto en un plazo próximo, se curará repetidas veces al día a las operadas. ¿En qué forma?

En primer lugar, lavando a chorro de irrigador y con agua hervida, templada, la herida abdominal, para arrastrar la serie de detritus estercoráceos que la manchan; luego se hará pasar a todo el través del trayecto fistuloso el líquido del irrigador, para lo cual—y sin elevar éste a más de 60 centímetros sobre el nivel de la mesa de curas—se introduce por el ano, una sonda rectal, y se consigue que el agua, de abajo arriba, arrastre todas las materias fecales, saliendo limpia por el orificio abdominal.

Por éste, y en sentido inverso, se hace también

correr el líquido del lavado, y en días sucesivos hay necesidad de ir disminuyendo el calibre de la sonda que hacemos pasar de arriba abajo por el trayecto de la fístula, pues éste va lentamente cicatrizando.

Además de estos lavados abundantísimos de la fístula, que se harán *dos* veces en el día, se conservará *continuamente limpia* la herida abdominal, quitando las gasas del apósito *cuantas veces haga falta*—para facilitar lo cual, las operadas no están provistas de vendaje—, lavándola con agua oxigenada alcalinizada, y espolvoreando la superficie cruenta con algún polvo inerte (aristol, aniodol, etc.), que se vierte también sobre la piel vecina para que ésta no se macere con los exudados fecaloideos.

Haciendo todo esto, la fístula va lentamente cicatrizando, y al cabo de diez, quince, veinte días, hace la enferma una espontánea deposición, evacuando por recto materias fecaloideas duras, a pesar de lo cual sigue manchándose por materiales estercoráceos el apósito abdominal.

En cuanto la paciente sufre algún cambio dietético y deja de ir *estreñida*, aumenta la cantidad de substancia fecaloidea, que sale por el abdomen, y sufre un retroceso la evolución curativa de la fístula.

Lentamente, ésta va poco a poco cicatrizando, y al cabo de un mes, de mes y medio, de *dos* meses, sólo queda de ella vestigios, por un mamelón carnososo que existe en la cicatriz laparotómica, por un *caldo fecaloideo* que mancha de vez en vez el apósito.

Las anexitis

sito, y por la salida, a través del trayecto fistuloso, de ventosidades.

Entonces podemos adelantar el tórpido curso curativo de la fístula con toques de la barra de nitrato de plata y con baños locales de sol.

La enferma ha ido lentamente reponiéndose, si ha sido bien dirigida su curación; no presenta síntomas de *estercorhemia*, y la enojosa presencia de la fístula queda sólo como un mal recuerdo en el ánimo de la operada.

Son muchas las fístulas estercoráceas que hemos visto, y TODAS las hemos llegado a ver desaparecidas a un plazo lejano, en ocasiones, pero que nunca pasó *del medio año*. Hay que tener este íntimo convencimiento para detener las impacencias de la operada y de sus allegados, que tal vez llegan a proponernos una nueva laparotomía para *acortar el plazo de curación*. Hay que hacer entonces una laboriosa intervención, practicando una resección intestinal, una enterorrafia, cosa, como de sobra se comprende, de gravedad y trascendencia suma. Hemos visto morir algunas enfermas de fístula estercorácea así tratadas, que seguramente no hubieran sucumbido si se hubiera prolongado algunas semanas más la terapéutica no operatoria que hemos mencionado anteriormente, con la cual se curan en más o menos tiempo *todas las fístulas estercoráceas que no sean de naturaleza tuberculosa*.

Si el desgarró intestinal se produjo en la parte baja de la ese ilíaca o en el recto, la fístula es-

Dr. Vital Aza

tercorácea, al constituirse, lo hace creando una comunicación entre intestino y vagina.

Son, estas fístulas estercoráceas rectovaginales, más fácilmente curables que las abdominales.

Al cabo de un par de semanas desaparece la anormal comunicación de cavidades y sólo queda, durante algún tiempo, vestigios de ella en la expulsión involuntaria de ventosidades por la vagina.

Aunque no tenga una trascendencia suma, la posible formación de una fístula estercorácea, sí constituye, con los demás posibles accidentes de la intervención radical en los procesos supuratorios de anejos, una razón poderosa que ha de pesar en nuestro ánimo al enjuiciar la terapéutica operatoria de las supuraciones anexiales.

B. — PELVICELULITIS

Otro de los síndromes anexiales agudos está integrado por la inflamación del tejido celular pelviano, constituyéndose así la llamada *pelvicelulitis*.

El tejido celular pelviano se encuentra acumulado en el espacio que queda entre el músculo elevador del ano, o diafragma pélvico, y el peritoneo, que no desciende tanto como aquél.

Ya es sabido que el tejido celular pelviano toma nombres distintos, según el órgano que rodea, y de ahí las denominaciones de *paramétrium*, *parakólpium*, *paracístium* y *parapróciium*.

Sólo queremos mencionar aquí que la porción más

densa del tejido celular pelviano es la que rodea a cada lado el cuello del útero y se extiende formando el espesor de los ligamentos anchos, continuándose, hacia fuera, con el tejido celular subperitoneal de la fosa iliaca, y hacia dentro, con el mismo tejido que rodea la vagina.

Constituye esa zona de tejido celular lo que se llama *parametrios*: en ella hay que considerar anatómicamente dos regiones distintas: una, en la parte baja del ligamento ancho, de forma triangular, con el vértice hacia el cuello uterino y la base dirigida hacia las paredes pélvicas: es lo que se llama *vaina hipogástrica de Delbet*, en medio de la cual, y entre el tejido conjuntivo celular que la integra, corren los vasos linfáticos, la arteria y venas uterinas y el uréter, en íntimas relaciones con la hipogástrica y sus colaterales, que corren hacia fuera.

La otra región de las dos que consideramos en el parametrio es la que se encuentra en la parte alta del ligamento ancho, entre las hojas del mesosálpinx, mesoovario y ligamento redondo: forma el vértice del ligamento ancho y se extiende hacia la fosa iliaca, conteniendo la arteria y vena ováricas. (Fargas.)

Si por pelvicolulitis entendemos la inflamación del tejido celular pelviano, la inflamación de la zona de éste, que constituye los parametrios, se llamará, por consiguiente, *parametritis*.

En ella, y de acuerdo con el estudio anatómico que acabamos de diseñar, caben dos tipos clínicos: *el flemón de la vaina hipogástrica de Delbet* o

flemón de la BASE *del ligamento ancho*, y EL FLEMÓN DEL LIGAMENTO ANCHO, propiamente dicho.

Sea uno u otro el tipo clínico que supongamos, para fundamentar nuestra conducta terapéutica hemos de tener en cuenta las siguientes consideraciones:

En primer lugar, que los espesamientos que el tejido conjuntivo pélvico tiene en sitios anatómicos determinados consiente, al formar a modo de *tabicamientos* en el tejido celular pelviano, que éste se halle distribuido en diversas celdas o compartimientos, *separados uno de otro*, y que cuando en ellos se desarrolla un proceso inflamatorio, éste no tienda a generalizarse a toda la pelvis, sino que permanezca localizado en una determinada zona. Así, vemos que, salvo casos excepcionales, de una exaltadísima virulencia microbiana o una disminución notable de defensas orgánicas, el *flemón difuso* de la pelvis es, afortunadamente, una entidad clínica muy poco frecuente, y se dan, en cambio, con relativa frecuencia las *formas circunscritas* de inflamación pelviana.

Al enjuiciar nuestra terapéutica en estos procesos, también hemos de darnos cuenta de la evolución tórpida, del curso lento, de la marcha clínica pausada, que caracteriza la sintomatología y adjetiva el pronóstico de los procesos inflamatorios del tejido celular pelviano.

Si ello es cierto, no lo es menos que esa evolución clínica reposada, lenta y tórpida encubre una mar-

cha evolutiva, que camina con paso firme, pero además callado, hacia la terminación supurativa de la flogosis pelviana, hacia un final francamente purulento, del cuadro clínico que consideramos.

Con las anteriores ideas, como bases firmes en que sostener nuestra conducta terapéutica, ¿cuál debe ser ésta?

Sencillamente, la aplicación, a esta modalidad clínica, de los principios generales que rigen la terapéutica de los procesos inflamatorios.

Haciendo guardar a las enfermas un reposo absoluto, colocaremos en la parte infraumbilical de su abdomen una *bolsa de hielo*, continuamente aplicada. Con ello nos proponemos rebajar la actividad de los gérmenes microbianos causantes de la flogosis y disminuir el éxtasis sanguíneo, procurando así que se alejen las probabilidades de una terminación supuratoria.

La aplicación del hielo se sostendrá hasta que la disminución de la fiebre y el decrecimiento de los dolores nos indiquen que el proceso inflamatorio ha perdido su fase de *agudeza*.

Si entonces la mejoría no llega pronto a una *curación clínica* completa, sino que la persistencia de los dolores (de menor intensidad que en un principio, es cierto, pero todavía fuertes y continuos) y el mantenimiento de la fiebre nos hablan de una fase de subagudeza — casi de cronicidad — de la pelvicolitis, podemos, si esto ocurre, sustituir la bolsa de hielo con la constante aplicación, *loco do-*

lenti, de fomentos calientes, de cataplasmas, de compresas de Prietsniz, de la faja eléctrica, etc.; es decir, que, ya supuesto el hecho flogístico, en una fase de subagudeza es preferible, para la reabsorción de exudados inflamatorios, la *utilización del calor*—en la forma que *fuere*—, así como en estados agudos reputamos el hielo, como el tratamiento de elección.

Al cabo de un período largo de tiempo—que se cuenta siempre por encima de cinco o seis semanas—, se llega, en el caso de evolución favorable de la pelvicolulitis, a la *curación clínica*; es decir, a que de manera subjetiva haya desaparecido la sintomatología que caracterizó el proceso.

La curación anatómica, *la restitutio ad integrum*, o no se consigue nunca, o se alcanza excepcionalísimamente, pues se producen una serie de retracciones de ligamentos que hacen que el útero pierda su movilidad, inclinándole en uno u otro sentido, según el parametrio que haya sufrido el máximum de inflamación.

Una de las *reliquias* que más comúnmente deja la pelvicolulitis, cuando acaba de esta manera, que llamaríamos «favorable», es la *psóitis*; es decir, la inflamación del músculo psoasiliaco, que es causante de semiflexiones de las piernas y de invalidez de éstas. Queda hecha mención de esta psóitis, para que no se cometa el error (cuando vemos a las enfermas, al cabo de varios meses del comienzo de su enfermedad y ya sólo aquejadas por esta retracción del

Las anexitis

músculo psoas) de creer se trata de afecciones articulares, de lesiones coxálgicas incipientes, que puede desviar en ese falso sentido nuestra atención terapéutica.

Un tratamiento, no mencionado generalmente por los autores y que hemos empleado con éxito en la Clínica de nuestro maestro Recaséns, consiste en la utilización del *suero equino normal*.

Con una jeringa de 10 centímetros cúbicos, provista de larga cánula de platino y llena de suero de caballo, se practica lentamente una inyección en *pleno espesor del flemón pelviano*. Si se trata de un verdadero flemón de ligamento ancho, se aborda éste por fosa ilíaca, introduciendo la aguja en el *plastrón* inflamatorio, que claramente se percibe allí. Si estamos ante un flemón de Delbet (de base de ligamento ancho), es necesario hacer la inyección introduciendo la aguja por vagina y *pinchando* en la tumoración inflamatoria, que fácilmente se tacta en uno de los fondos de saco vaginales.

La técnica de este tratamiento serológico es sencillísima, inoçua, y las inyecciones, hechas lentamente, producen un dolor muy soportable. Hemos puesto siempre las inyecciones en días alternos, y hemos llegado a repetirlas hasta ocho o diez veces. Nunca hemos presenciado ningún fenómeno intranquilizador, y sólo en algunos casos la aparición de un brote de urticaria o algún dolorimiento fugaz de articulaciones (rodillas, codos, témporomaxilar) nos hablaban de los síntomas que revelan la «enfer-

medad del suero», integrada por esas protestas anafilácticas.

Con la terapéutica que venimos describiendo, mejoran visible y rápidamente las enfermas y los *plastrones* inflamatorios se van reduciendo, esfumándose, al par que se alivian los síntomas subjetivos.

Hemos hecho en varias ocasiones la prueba de tratar un lote de pacientes sólo con calor y reposo, y otro, simultaneando estas medidas terapéuticas con las inyecciones de suero equino: *el plazo de curación clínica fué, en estas últimas enfermas, notablemente más corto.*

Por esto, nosotros recomendamos, convencidos, esta *seroterapia equina* en los casos de pelvicolulitis pelvianas en fase de *subagudeza*.

¿Cómo actuará el suero de caballo? No intentaremos llegar a dar la explicación exacta del hecho: ello ha de fundamentarse en el despertar de todas las energías orgánicas que el suero equino, como tal suero, produce siempre y, además, en la exaltación, *in situ*, de la fagocitosis, con la subsiguiente rápida reabsorción de exudados inflamatorios.

Desgraciadamente, no siempre el curso de la pelvicolulitis se desenvuelve en esta forma de *lisis* favorable, alcanzándose, después de más o menos tiempo y por camino incruento, la curación clínica del proceso flogósico.

Hay algunos casos en los que la fiebre sigue, los dolores no cesan, los síntomas objetivos van en aumento y todo habla de que la pelvicolitis, no cediendo a la terapéutica empleada, ha llegado a la fase supuratoria. La existencia indudable de pus —sospechada con grandes visos de seguridad por los datos clínicos y ratificada hematológicamente— nos lleva a poner en juego el tratamiento operatorio, buscando la manera de dar salida a la exudación purulenta.

Al hacerlo, hemos de tener presente que, en ocasiones, el pus está contenido en una *cáscara* de exudados duros que le forman una especie de cavidad y que hacen que para alcanzarlo sea preciso atravesar un grosor enorme de tejidos infiltrados, acaso para dar salida a una cantidad insignificante de pus, pues no siempre la abundancia de éste se halla relacionada con la proporción de exudados inflamatorios.

Por eso, por las dificultades que se encuentran para llegar a evacuar el pus y por lo peligroso que resulta *forzar* violentamente la técnica, por *empeñarse* en obtener la salida de la exudación purulenta desgarrando ciegamente toda la barrera de tejidos que se opongan a ello, *aconsejaremos al práctico* que no se deje llevar de este mal entendido amor propio, que no haga «cuestión personal» llegar a evacuar el supuesto pus, y que si éste no sale, después de realizadas las prudentes maniobras técnicas, dé por terminada la intervención. Este *aparente fracaso* quirúrgico es mil veces preferible a los desga-

rros, dislaceraciones, rupturas—a veces de órganos vitales (intestino)—que podíamos ocasionar, de empeñarnos en no cejar hasta conseguir la aparición del pus.

De intento hemos escrito «aparente fracaso», pues la exudación purulenta que no logramos ver evacuada en la operación sale, o espontáneamente en días sucesivos, o durante las curas ulteriores: indudablemente, la intervención quirúrgica debilitó la consistencia de las paredes inflamatorias que guardaban el pus allí, «como enquistado», y en los días postoperatorios llega a romperse, o espontáneamente, o por las maniobras de curación, la «cáscara» flogística, y el pus corre al exterior.

Además, sin que el pus salga, ni en la intervención ni en días sucesivos, sin que, por consiguiente, veamos clara la finalidad del acto quirúrgico, no es nada excepcional que éste nos traiga, a pesar de ello, la curación de las enfermas. No sabremos dar la explicación de este hecho clínico, pero todos los ginecólogos, con sorpresa, lo han presenciado en su práctica.

La técnica que debe ponerse en juego para realizar el tratamiento operatorio de las pelvicolulitis pelvianas, es diferente en cada modalidad anatómica de ellas.

Refiriéndonos a la que con más detención estudiamos, a la parametritis, diremos que operatoria-mente se abordan de diferente modo los dos tipos clínicos que en ella establecimos.

Las anexitis

Si se trata de un flemón de la *base del ligamento ancho*, de una pelvicolulitis allí localizada, que forme relieve claro en uno de los fondos de saco, abombándolo, constituyendo lo que de un modo gráfico se llama *morro*, entonces, el camino a seguir se impone claramente: una *colpotomía*; al realizarla—repetiremos lo ya dicho—, nos limitaremos a incindir y a introducir por el orificio colpotómico, un dedo enguantado; si sale pus, bien; si no sale, no nos esforcemos en meter una y otra vez el dedo, luego unas pinzas, moviéndolas violentamente en todas direcciones, forcejeando, «para dar con el pus». Si por un momento supusiésemos transparente el vientre de la operada y *pudiésemos ver* el *recorrido intraabdominal* de nuestros dedos o de los instrumentos utilizados... nos asustaría la serie de peligros—por ruptura de vasos, asas intestinales, etcetera—que nos amenazan.

Si la parametritis es de la parte alta del ligamento ancho (flemón propiamente llamado de ligamento ancho), entonces, claro que por colpotomía no podría llegarse a la colección purulenta, y ésta se abre, por vía abdominal, de modo *extraperitoneal* y realizando lo que se llama *laparotomía subperitoneal*.

Con una incisión, siguiendo arco crural, y sobre el plastrón inflamatorio, se cortan con bisturí todos los planos anatómicos hasta el peritoneo—notablemente infiltrado en estos casos—, que se despega con una compresa de gasa, penetrando así en plena cavidad del flemón, *sin abrir* la gran serosa.

Póngase en esta técnica exquisito cuidado, pues si la colección supurada se vierte en medio de la cavidad abdominal, fácilmente se comprende la posible aparición de un proceso de sepsis peritoneal, con su terrible y casi fatal pronóstico.

C. — PELVIPERITONITIS

Llegamos, con el estudio de la *pelvipерitonitis* al último grupo de los que admitimos dentro del conjunto que hemos tratado con el nombre de *síndromes anxiales agudos*.

Muy poco va a ocupar nuestra atención; pues si nos queremos referir a la *pelvipерitonitis aguda*, como su origen es casi siempre puerperal y sólo aparece como secuela de un parto o aborto seguido de sepsis, en el capítulo de un libro de Obstetricia, mejor que en las páginas de este texto ginecológico, ha de hacerse su estudio; y si consideramos el proceso pelvipерitonítico ya en su fase de cronicidad, constituyendo lo que se conoce con el nombre de *perimetrosalpingitis* (inflamación del peritoneo que rodea útero y trompas), como afección de curso crónico que es, ya no encaja en el marco de los síndromes anxiales agudos.

Sólo a título de completar el capítulo que a éstos venimos dedicando trataremos, siquiera sea muy brevemente, de la *pelvipерitonitis*.

Cuando por los síntomas clínicos (en los que los datos de protesta peritoneal—náuseas, vómitos, tim-

Las anexitis

panismo, pnesia intestinal, taquicardia—individualizan el proceso) lleguemos a diagnosticar una pelvi-peritonitis, con nuestra conducta terapéutica hemos de intentar conseguir una cosa: que el proceso no pase de ser, mereciendo su nombre, una *peritonitis* de la serosa pélvica, un proceso peritoneal localizado; si así sucede, la naturaleza orgánica, desarrollando sus enormes fuerzas defensivas, triunfará, y la curación no ha de hacerse esperar.

Para ello, y siguiendo los puntales terapéuticos de siempre, colocaremos en el vientre de la enferma, y de modo permanente, la bolsa de hielo. Pero lo haremos después de haber colocado a la paciente en posición tal, que la pelvis constituya la parte notablemente más declive de su cuerpo. Como sentando a la enferma—posición de Fowler—el hielo se sujetaría con dificultad en el abdomen, hemos de acudir al siguiente dispositivo: elevar fuertemente (30,35 centímetros) las patas delanteras de la cama, con lo que el cuerpo de la paciente, en un verdadero *plano inclinado*, ofrece en la situación deseada la pelvis, sin dificultad, para que la bolsa con hielo se sostenga en el abdomen.

Con sólo este tratamiento, reforzado por las inyecciones de suero, aceite alcanforado, adrenalina, etcétera, se logrará una notable mejoría en muchas ocasiones y podrá alcanzarse la curación clínica.

Si ello no sucede, si a pesar del hielo, de la posición declive y de todos los otros medios coadyuvantes, el cuadro sintomático no cesa, y, al reconoci-

miento ginecológico, se aprecia no sólo una exquisita sensibilidad dolorosa de fondos de saco, sino también hasta una especie de tumoración, transversalmente colocada en el de Douglas—casi mejor que por vagina, perceptible por tacto rectal—, entonces, dando por fracasada la terapéutica no operatoria, hay que llegar al tratamiento quirúrgico, que sin más dudas ni vacilaciones ha de ponerse en juego.

Hágase una *colpotomía posterior* y dése salida a la enorme cantidad de líquido purulento, que, de no evacuarse, ha de ir distribuyéndose por toda la serosa, generalizando el proceso séptico y llevando a la enferma a una muerte segura.

Es la colpotomía, en estos casos de pelviperitonitis—y por las condiciones opuestas a los que se daban en la inflamación del tejido celular, con sus tabicamientos y adherencias—, intervención *absolutamente inocua*, y que con técnica prudente — a todos asequible — acaso pueda resultar inútil, pero nunca será perjudicial ni peligrosa. Por ello, ante una pelviperitonitis, debe realizarse (siempre que en *uno o dos días* no se haya modificado el curso clínico con los medios de tratamiento anteriormente puestos en juego) una colpotomía posterior.

¿Qué logramos con ello; curar *todas* las pelviperitonitis? Nada, por desgracia, más lejos de la realidad.

Basta considerar que la pelviperitonitis aguda es, como hemos dicho antes, casi exclusivamente de origen puerperal, que representa, por consiguiente,

Las anexitis

un triunfo de factores microbianos virulentísimos, ante las defensas orgánicas, empobrecidas, en la bancarrota de anticuerpos maternos que significa el puerperio, y, por ello, son muchos los casos en que la evolución del padecimiento es tan rápido, la generalización tan violenta, que nada han de poder, en estas circunstancias, medidas terapéuticas de un mero alcance local, y tendremos que ser entonces sólo espectadores dolorosos de un funesto desenlace.

Pero si ello es cierto, no lo es menos que, en otras ocasiones, el proceso infectivo se mantiene algún tiempo localizado en la pelvis, y si acudimos terapéuticamente auxiliando a las fuerzas naturales, dando salida a los exudados purulentos antes de que puedan esparcirse por toda la cavidad abdominal aun no tabicada por la reacción defensiva del peritoneo, entonces, al sostenerse acantonada la infección, el éxito puede ser la coronación de nuestra labor.

Hemos de decir que en profesar o no con fe absoluta esta convicción, está la razón de la eficacia o fracaso de la colpotomía en la terapéutica de las pelviperitonitis.

Si por escépticos no creemos en ella, dejaremos transcurrir un día y otro, y cuando «por si acaso» la realizamos, nada conseguimos... y de ello se saca un argumento en contra de su eficacia.

Nosotros nos hemos arrepentido muchas veces de no haberla practicado lo bastante pronto, y nunca de haberla hecho cuando el proceso se iniciaba.

II.—SÍNDROMES ANEXIALES CRÓNICOS

Cuando en páginas anteriores estudiábamos la evolución de los síndromes anexiales agudos y tratábamos de los resultados terapéuticos en ellos conseguidos, ya hicimos mención de que, en la mayoría de las ocasiones, quedaban como *reliquia* de la lesión flogística una serie de alteraciones anatómicas en los órganos afectos, que, no consintiendo la *restitutio ad integrum*, permitían que, el proceso inflamatorio anexial entrara en una fase de cronicidad, que es en la que ahora hemos de considerarlo.

Pero no siempre, ni siquiera en la mayoría de los casos, los *síndromes anexiales crónicos* representan las *cenizas* de un proceso agudo que pasó, sino que, en la mayor parte de las ocasiones, las *lesiones anexiales crónicas* lo son desde el comienzo del padecimiento inflamatorio.

O la virulencia de los gérmenes productores de él está notablemente atenuada, o las condiciones de receptibilidad del organismo son las menos a propósito para su triunfo y desarrollo, o una y otra causa

se reúnen; pero el hecho es que el cuadro sintomático, que es la expresión de la afección inflamatoria engendrada, hace que, por sus caracteres de subagudeza y cronicidad, pueda y deba ser estudiado dentro del capítulo de los *síndromes anxiales crónicos*.

En la sintomatología de los *síndromes anxiales crónicos* predomina, como dato clínico culminante, el *dolor* que las pacientes experimentan; las manifestaciones dolorosas son las que caracterizan los síndromes anxiales crónicos, y ello es la explicación de que acudan prontamente las enfermas requiriendo los auxilios del ginecólogo, ya que la sensación dolorosa tiene fuerza bastante para arrollar prejuicios de índole social que consienten, en otras ginecopatías no dolorosas—miomas, cáncer en sus comienzos, quistes ováricos, etc.—, el diagnóstico tan tardíamente sentado, por no dar las pacientes importancia alguna a los síntomas ofrecidos—hemorragias, leucorrea, etc.—, ya que, como textualmente dicen, *no les duele nada*.

En los padecimientos anxiales, no sólo sufren las enfermas dolores espontáneos más o menos intensos, sino que el dolor se exacerba violentamente durante las relaciones sexuales, que resultan por ello entorpecidas, y este ambiente de temores y celos en que se desenvuelve el acto genésico, al ser presenciado y compartido por el marido de la paciente, es un factor más que las impulsa a buscar remedio a sus sufrimientos.

Las anexitis

En lo que dejamos expuesto ha de buscarse quizás la explicación del predominio grande que en cuadros estadísticos de ginecopatías dan los síndromes anexiales, pues a su frecuencia indudablemente grande, debe añadirse lo fácilmente que, acuciadas por el dolor, llegan al ginecólogo las enfermas, sin los ocultamientos, por pasividad, que se dan en otras afecciones del aparato genital femenino.

Al juzgar de la evolución y pronóstico de los síndromes anexiales crónicos, hemos de tener en cuenta no sólo lo que a las pacientes en sí hace referencia, sino que, dando al problema toda la importancia que tiene, hay que considerar la trascendencia social que la esterilidad femenina, que por ellos tan frecuentemente ocurre, como hecho irremediable, significa.

Que el aparato genital femenino quede, como resultante del proceso inflamatorio crónico, invalidado para la noble función de la maternidad es bastante justificación para la importancia grande que en Ginecología se da a los procesos anexiales.

Basta estudiar el capítulo de «Esterilidad femenina» para convencerse tristemente de la gran responsabilidad que dentro de él alcanza a los *síndromes crónicos de anejos*. (Véanse, entre otros muchos trabajos, unos del Dr. Fargas, aparecidos en *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*.)

Abordando, fieles al título de nuestra labor, el *tratamiento* de las anexitis crónicas, diremos que el curso de ellas, eminentemente lento, tórpido, de

desesperante cronicidad, consiente poder ir sucesivamente ensayando toda la gama de la terapéutica ginecológica, desde las medidas más sencillas, casi de tratamiento *casero* y *familiar*, hasta las intervenciones quirúrgicas más radicales, pasando por toda la serie de los modernos medios físicos y bacteriológicos; y todo ello sin violencias, sin apresuramientos, sin la premura que en obtener un medio curativo se dejaba sentir en el capítulo de los *síndromes anexiales agudos*, en los que la intensidad sintomática requería urgentemente solución terapéutica del problema clínico ofrecido.

Una sola consideración queremos dejar previamente establecida antes de llegar al estudio detenido y minucioso que del tratamiento de los síndromes anexiales crónicos hemos de hacer, y es que, como dichos procesos en sí *no* encierran amenaza alguna para la vida de las enfermas; como, aun dejados a su curso espontáneo, nunca llegan a comprometer seriamente su existencia, por ello, al enjuiciar el tratamiento de esas afecciones, no debe llegarse a formular con ligereza medios cruentos que puedan entrañar gravedad pronóstica, sino que las indicaciones de tratamiento han de formularse teniendo en cuenta la desproporcionalidad que significa la ecuación terapéutica, «enfermedad que *no mata* y remedio que *puede ser mortal*.»

De modo análogo a como hicimos al estudiar los síndromes anexiales agudos, estableceremos dentro de las anexitis crónica tipos clínicos diferentes, se-

gún las lesiones inflamatorias queden casi por entero limitadas a *trompa* y *ovario* o se extiendan también al peritoneo que envuelve los genitales internos y al tejido celular que entre ellos se encuentra. Claro está, que admitida esta división de un modo artificioso, por fines de mayor claridad expositiva, de más claro concepto didáctico, pues siempre que hay lesiones inflamatorias de trompa y ovario las hay asimismo de peritoneo pelviano, y viceversa, ya que no hay en el organismo, infranqueables barreras que aislen y localicen exactamente el proceso inflamatorio; sólo según donde *predominen* las lesiones anatómicas que éste produjo, así se admitirá uno u otro grupo clínico: es, pues, cuestión *cuantitativa* la de establecer dentro del cuadro general de *síndromes anexiales crónicas* los dos grupos de *salpingoovaritis* y *perimetroanexitis*.

A. — SALPINGOOVARITIS

(CRÓNICA)

Es la inflamación de trompa y ovario en su fase de cronicidad.

En el tratamiento de la salpingoovaritis cabe poner en juego todos los recursos terapéuticos, no sólo porque su curso clínico crónico y lento dé tiempo a utilizarlos, si por inútiles van siendo unos por otros desechados, sino porque dentro del proceso inflamatorio crónico de trompa y ovarios hay

una serie de distintas modalidades—según la menor o mayor lesión anatómica—que consiente que lo que en una de ellas esté indicado terapéuticamente no lo esté ya en otra, y que lo que en alguna pudiera reputarse como indicación demasiado radical es en otra insuficiente y moderada.

En el estudio que a continuación vamos a hacer de los distintos tratamientos en las *salpingoovaritis* empleados, seguiremos el criterio de irlos exponiendo según su orden de *menor a mayor acometividad*; es decir, desde los medios sencillos, casi *case-ros*, a los que, por ser de índole operatoria, significan ya alguna posible gravedad, pasando por otros, aunque incruentos, fundados en aplicación instrumental de los agentes físicos o en utilizar las admirables reacciones orgánicas despertadas por la administración terapéutica de los mismos gérmenes productores del proceso que se combate (vacunoterapia).

MEDIOS MÉDICOS.—Dando a estas palabras una gran extensión, empleándolas con criterio amplio, nosotros designaremos en este capítulo de *medios médicos*, muchos que escaparían tal vez de él si nos atuviéramos al concepto restringido de la acepción *medios médicos*.

Hablaremos de todos aquellos procedimientos terapéuticamente utilizados en las *salpingoovaritis* crónicas que ni son aplicación ginecológica instrumental de medios físicos, ni utilización de sueros ni va-

Las anexitis

unas, ni tampoco intervenciones quirúrgicas, si quiera no se reduzcan a la administración de *medicinas*, como del término *médico* parecería deducirse. Como queremos que estas páginas sean sólo la traslación, al libro, de lo que en clínica hacemos y hemos visto hacer, damos a este capítulo de *medios médicos* iguales límites y generalización que en la práctica asignamos cuando al prescribir tratamiento a un enfermo decimos, al dictarlo a quien por escrito ha de dar el plan, «Tratamiento médico». Y con este nombre convencional abarcamos medios que son exacta y puramente médicos, y a su lado indicaciones que serían más bien apellidadas higiénicas, y medidas terapéuticas que serían de orden bromatológico o entrarían tal vez en el casillero de remedios hidrominerales o de *medicación tópica*. Preferible a esa serie de subdivisiones que habría que establecer—complicando didácticamente el asunto— es dar a los *medios médicos*, en el tratamiento de las anexitis crónicas, igual alcance al que en la práctica corriente del ginecólogo, se le asigna.

Si en alguna cuestión ginecológica puede el médico práctico colaborar con éxito con el especialista, es en el tratamiento de las anexitis crónicas.

Basta para ello que instituya ante el cuadro sintomático anexial un plan de prudente reposo, general y genital.

La relativa tolerancia con que las enfermas soportan las molestias de una anexitis crónica está ya indicando que no hay por qué extremar con ellas las

medidas terapéuticas obligándolas a un reposo absoluto en cama, como era necesario en los síndromes anxiales agudos.

Lo necesario, es un prudente reposo general, evitando todos aquellos ejercicios que tiendan a congestionar órganos pélvicos, por lo que se prohibirán los *sports* (equitación, bicicleta, golf, alpinismo, etc.) y se aconsejará estén las enfermas en pie el menor tiempo posible, levantándose tarde y acostándose temprano.

Entre las prohibiciones que terminantemente hemos de imponer a las enfermas de anexitis crónicas, es una, la *de coser a máquina de pie*. Por los autores se insiste mucho en el veto impuesto a los *sports*, y apenas se menciona esto que decimos, con mucho, más generalizado, dentro del hábito femenino, que esos deportes, que sólo a un limitado número de mujeres y de una clase social privilegiada, puede hacer referencia.

Son muchas las veces en que hemos visto sostenerse sin mejoría alguna un cuadro anxial, y no era otra la causa que el entregarse las pacientes—que, siguiendo consejos médicos, hacían una vida sedentaria—con verdadero ahinco, y en su papel de *mujeres caseras*, a las labores de *costura con máquina de pedal*.

Esto lo *prohibiremos enérgicamente a las enfermas de anexitis crónicas que estén sometidas a tratamiento médico*. Reforzando los buenos efectos que con el relativo reposo general que hemos prescrito

Las anexitis

se han de conseguir en el tratamiento de las anexitis crónicas, ha de venir también la imposición de un *relativo reposo genital*: y con toda intención hemos escrito *relativo*; pues, viviendo la realidad y desechando teoricismos, no podemos, en afecciones de curso crónico, que duran meses y meses, en las que las molestias subjetivas no son violentísimas, pensar que van a seguir las enfermas una vida de castidad por tiempo indeterminado.

Sí hemos de procurar, con nuestros consejos, que las funciones sexuales se espacien lo más posible, que los coitos se sigan de varios días de reposo genital, bien entendido que lo que prohibimos en el acto genésico es lo que éste tiene de excitación sexual, de congestión, y, por consiguiente, aun peor tolerado que el coito completo, seguido de su espasmo deplectivo, es el acto genital restringido, las excitaciones sexuales incompletas; téngase esto bien presente y sépase hacer comprender a nuestras enfermas lo que queremos decir al aconsejarlas lo más posible la abstención de la cópula. Tiene tanta importancia en el éxito de las lesiones crónicas anaxiales la realización de esta vida de relativo reposo general y *genital*, que en la eficacia de todas las otras indicaciones terapéuticas puestas en juego pesa como factor decisivo de los resultados que se consiguen, el que las pacientes estén o no, sometidas a él. Sin ser escépticos, podríamos decir que un tanto por ciento grandísimo de los éxitos de los baños hidrominerales, o de los tratamientos segui-

dos en sanatorios ginecológicos donde se *hospitalizan* las enfermas, radica en que, como condición previa, se exige el reposo en cama y el apartamiento del marido.

Al lado de esta indicación de reposo que acabamos de mencionar—y que correspondería a una *terapéutica higiénica*—, hemos de ocuparnos, dentro de los *medios médicos*, de otros que corresponden al régimen bromatológico. Nos referimos a las medidas de tratamiento encomendadas a combatir, con un adecuado plan alimenticio, el estreñimiento que con tanta frecuencia acompaña a los síntomas genitales del proceso anaxial, manteniendo, por la congestión que significa, mayor predisposición para que las lesiones inflamatorias de los anejos se agudicen y afirmen.

Con la experiencia que muchos centenares de enfermas vistas y seguidas en su curso clínico nos da, podremos afirmar que en un gran número de casos la sintomatología genital cede y desaparece al conseguir que las enfermas que defecaban cada cinco, seis o más días tengan una diaria y abundante evacuación intestinal. Lograremos esto, y antes de pedir a la terapéutica, fármaco ninguno, con un régimen alimenticio adecuado, en el que las verduras, frutas y alimentos feculentos entren en abundancia. Entre la lista extensísima que podríamos hacer, y que casi entra en el terreno culinario, de alimentos recomendados, queremos mencionar la *maizena*, la *nutreína* (o harina de plátanos) y la *laxo-*

Las anexitis

nutreina (en la que al plátano se une la avena), no tan en el ánimo del público, y con los que se hacen papillas de gusto agradable y de maravillosos efectos laxantes.

También aconsejaremos toda serie de mermeladas y compotas (menos membrillo) y los alimentos oleosos (aceitunas, almendras, nueces, avellanas, etc.).

El estreñimiento es en algunas ocasiones tan pertinaz, que no cede fácilmente a la instalación del régimen bromatológico que hemos mencionado, y entonces, y como lazo de unión, con medidas ya genuinamente terapéuticas, nosotros aconsejamos a nuestras enfermas la bebida, en ayunas, de una taza de infusión de té o manzanilla.

Cuando tengamos que recurrir a medicamentos que refuercen los efectos que con el régimen alimenticio mencionado queremos conseguir, procuraremos escoger sensatamente los mejor indicados del fárrago enorme de remedios purgantes. Ante todo, más que un purgante, nos interesa obtener efectos laxantes, sostenidos durante algún tiempo, y, de todos los que nos ofrezcan, preferiremos los que obran de manera mecánica, sin los efectos congestivos que todos los drásticos requieren.

Como tipo general de medicamentos de elección —y huyendo de dar la copiosa lista de específicos, que podría hacer interminable este capítulo— citaremos los hechos a base de *aceite de vaselina purísima* y de agar-agar.

Entrando por completo dentro del término—ya

tantas veces mencionado y con tanta diversidad de criterio comprendido—*medios médicos*, ¿qué medicamentos aconsejaremos en el tratamiento de las anexitis crónicas? Uno de ellos viene en seguida como remedio clásico al ánimo del que lee: el *ictiol*, tan vulgarizado y extendido, en forma de cápsulas o píldoras, de 0,25 gramos, que se toman en número de dos o cuatro al día. Ninguna autoridad tenemos—y si intentáramos justificarla, habría de ser a expensas de un tiempo que no tenemos y de un espacio que no nos es lícito ocupar—para sentirnos iconoclastas en este sentido; pero si diremos, con la espontánea convicción de nuestro juicio, que se nos antoja una *rutina* la prescripción clásica del ictiol AL INTERIOR en el tratamiento de las anexitis. No nos explicamos sus pretendidos efectos analgésicos; fieles nosotros a esta indicación de derecho consuetudinario, hemos recetado infinidad de veces este medicamento, y estamos seguros de no haber visto nunca ningún resultado satisfactorio que con fundamento pueda atribuirse a él.

Pero si ello lo creemos cierto, no lo es menos que, en cambio, son muchas las enfermas que presentan a los pocos días de estar ingiriendo diariamente ictiol una serie de trastornos digestivos, de alteraciones intestinales, de los que sí juzgamos responsable al medicamento. Por esto nosotros, equivocados o no, *hemos desechado* por completo el ictiol, DADO AL INTERIOR, como tratamiento de los procesos *anexiales crónicos*.

Las anexitis

Y no es que hayamos podido buscar en otro fármaco los efectos beneficiosos que al ictiol le negamos.

En la terapéutica médica de las anexitis crónicas, poco o nada hay que hacer: nosotros, y solamente en los casos en que en el cuadro sindrómico resalten patentes fenómenos de dismenorrea, nos limitamos a una terapéutica sintomática y a un tratamiento opoterápico. En efecto, el estudio anatómico y fisiopatológico de las lesiones ováricas existentes en las enfermas de anexitis crónicas patentizan en algunas de ellas una indudable insuficiencia de función endocrina del ovario, que puede explicar las crisis dismenorreicas observadas; por eso en estas pacientes creemos acertado prescribir, quince o veinte días antes de la aparición del flujo catamenial, un preparado de *ovarina*; y por si los efectos conseguidos no fueran del todo brillantes, o, por lo menos, hasta que ellos se hagan notar, recurrimos a una terapéutica sintomática, haciendo que nuestras enfermas tomen cada dos horas y media, y *mientras* que existan dolores que lo reclamen, un sello, ingerido con un sorbo de café puro caliente, y que recetamos en la forma siguiente:

Aspirina	3 gramos.
Oxido de cerio.....	} aa. 1 gramo.
Bromuro de estroncio.....	

(En 10 sellos).

De los muchos específicos antidismenorreicos que se recomiendan, tenemos experiencia favorable,

pero sin resultados brillantes y definitivos, del *Liquor Sedans*, P. Daw; del *Vallil*, Meister Luzius, y del *Ergo-Apiol*, Schmidt.

Y nada más que esto—bien pobre y empírico, es cierto—creemos que deba hacerse en el capítulo de MEDIOS MÉDICOS, farmacológicamente hablando, como tratamiento de procesos anexiales crónicos.

Un último aspecto debemos considerar ahora, dentro de la sección que venimos exponiendo, y ello hace referencia a los medios médicos TÓPICAMENTE utilizados.

En primer lugar, hemos de dejar bien sentado que no se puede poner en juego ningún tratamiento que de un modo *directo* actúe sobre anejos, y que al hablar de remedios *tópicos*, se entienden éstos empleados a distancia del órgano enfermo y obrando sobre él de manera indirecta.

Dos son las fases que remite esta terapéutica tópica: los *óvulos medicamentosos* y las *curas vaginales*.

Los óvulos, de práctica tan corriente y vulgarizados de una manera tal que no hay enferma que a nosotros llegue que no los haya ya utilizado, se hacen de toda serie de medicamentos, y, para elegir unos u otros, tengamos presente que la razón—creemos única—de sus ventajas en la práctica y de su eficacia estriba en que, por la *glicerina que contienen*, producen una corriente exosmótica de serosidad, causante de una verdadera derivación exudativa, de indudable eficacia ante las lesiones infla-

L a s a n e x i t i s

matorias. Por ello no hacemos mucho hincapié en prescribir unos u otros de la serie inacabable de óvulos vaginales; nos inclinaremos o por los hechos sólo de glicerina neutra, o de ésta asociada al ICTIOL.

Este medicamento, que en anteriores páginas hemos desechado para su administración en cápsulas o píldoras, disfruta, tópicamente utilizado, de todas nuestras simpatías.

Los óvulos han de ponerse, una vez acostada la enferma, introduciéndoselos ésta bien profundamente en su vagina, y requieren ser empleados, *por lo menos*, quince o veinte días en cada mes, durante un par de ellos, para poder esperar efectos beneficiosos de su aplicación.

Infinitamente mejores resultados que con la cura de óvulos, se obtienen, en las anexitis crónicas, por las curas VAGINALES, y subrayamos intencionadamente para llamar la atención del práctico, diciéndole que NUNCA realice en las enfermas anexiales curaciones intrauterinas, cosa que por muchos se hace, fundados en un falso concepto del asunto. Ya hemos hecho mención que uno de los síntomas que más molesta a las pacientes es la *dismenorrea* intensa, que a veces aparece. Con un criterio absolutamente falso y anticientífico, se cree por algunos que la causa de los dolores menstruales radica en dificultades mecánicas para la fácil salida de la sangre, por estenosis del cuello uterino, y creen beneficiar a las enfermas realizando *dilataciones cervicales*, seguidas SIEMPRE de un notable empeoramiento del cuadro

sindrómico, por agudizarse extraordinariamente las lesiones flogísticas de anexos, ya que sabemos es un *axioma ginecológico*, no realizar maniobra intrauterina alguna cuando se sospechen lesiones inflamatorias de trompa u ovario; de análoga manera, en Urología, se vedan dilataciones uretrales cuando existen recientes inflamaciones de testículo o epidídimo.

Basta tener presente no sólo lo que acabamos de exponer, sino la génesis de la dismenorrea anexial—claramente de origen ovárico—, para desechar la práctica ciega y rutinaria de las manipulaciones intracervicales en las anexitis crónicas.

Haremos en ellas solamente *curas vaginales*, practicando lo que se llama COLUMNIZACIÓN vaginal.

Esta consiste en *rellenar* la vagina con tiras de gasa hidrófila, empapada en el medicamento que se elija (glicerina neutra, o ictiolada o tigenolada, al 10 ó 20 por 100), con lo que se van haciendo desaparecer los fondos de saco, *macizando* la vagina, *columnizándola* por completo. Este verdadero taponamiento vaginal—siquiera no sea tan forzado y violento como cuando se hace por fines hemostáticos— se deja colocado, durante catorce o diez y seis horas, y es bien tolerado por las enfermas que, con él puesto, realizan sus habituales labores y trabajos.

Los efectos analgésicos que en las anexitis crónicas produce esta columnización vaginal son indudables, siquiera no tengamos para explicarlos una ra-

Las anexitis

zón terminante y convincente. Más que en el pretendido efecto analgésico del ictiol, ha de consistir en la derivación exudativa que por ósmosis se produce, análogamente a lo que suponemos sucede con la utilización de los óvulos; pero, sobre todo, los éxitos deben ser achacables a la *suspensión* que de los órganos inflamados se obtiene, *empujándolos*, pudiéramos decir, desde la vagina, gracias a las tiras de gasa que la rellenan: de modo semejante a como se alivian las orquitis al colocar al enfermo un suspensorio testicular.

Y que la razón de los favorables resultados alcanzados debe estar en esto, se comprueba al compararlos con los mediocres conseguidos con la cura por óvulos, a pesar de que el medicamento utilizado en ambos casos es el mismo.

Pero hay que practicar la columnización de manera que ésta merezca ese nombre, y no limitándose a introducir en vagina diez centímetros de gasa o una pelota de algodón hidrófilo. Las curas vaginales se practicarán diariamente, suspendiéndose, claro es, durante la menstruación, y realizándose, por *lo menos*, veinte o veinticinco días.

MEDIOS FÍSICOS. — Hacen referencia a la aplicación instrumental (?) de los agentes físicos: calor, luz o electricidad.

Que en las lesiones de inflamación produce el calor maravillosos resultados, es un hecho sabido, comprobado mil veces por la práctica, y del que no

habían de constituir una excepción, las inflamaciones de los órganos genitales femeninos.

Desde la más remota antigüedad se ha aplicado a su curación, y sería hacer un capítulo de «Ginecología Histórica» ir siguiendo detalladamente la modalidad diversa con que se ha ido haciendo la utilización del calor en Ginecología: desde los clásicos *redaños* de cordero, sacrificado en la misma habitación de la enferma, para ser aplicados calientes sobre el vientre dolorido, hasta las modernas instalaciones de diatermia, hay una gama de aparatos, de dispositivos, para realizar la cura por *el calor*.

De un modo casero y familiar, se prescribe éste a las enfermas anxiales, recomendándoles el empleo, durante un par de horas, al acostarse, de cataplasmas de harina de linaza *muy calientes*, de bayetas mojadas en agua cociendo o, mejor aún—si está al alcance económico de las pacientes—, de una bolsa de goma o un recipiente de cinc, hoja de lata, etcétera, llenos de agua muy caliente y fácil y limpiamente renovable en cuanto su temperatura desciende.

Los beneficiosos efectos del calor sobre los anejos inflamados, mejor que actuando desde el abdomen de la enferma, se obtendrían haciéndolos actuar desde la vagina, por la que se haría pasar un vehículo del calor, el agua, sola o con alguna substancia medicamentosa en ella disuelta. Ya tenemos, pues, otro medio de tratamiento, las IRRIGACIONES VAGINALES.

Las anexitis

Obran, como dejamos dicho, como vehículo del calor, y han de ser abundantes, de agua hervida, caliente, y dadas estando la enferma en decúbito horizontal: de un modo accesorio interesa el medicamento que en el agua de las irrigaciones se disuelve (bicarbonato, alumbre, sulfato de cobre, timol, agua oxigenada, tanino, etc.), aunque coadyuve, por sus propiedades antisépticas o astringentes, al mejor éxito del tratamiento.

En vagina se resisten temperaturas elevadas, sin sentirse la sensación subjetiva del dolor de la quemadura; pero llega una cierta temperatura—alrededor de 54° —, en la que comienza la destrucción de las globulinas y a la que no es prudente llegar, aunque las enfermas no se quejen, pues sin sentir la quemadura, se *queman*, histológicamente hablando. Los órganos genitales externos y la piel de los muslos y nalgas, son mucho menos tolerantes para el calor que la mucosa vaginal, por lo cual nos interesa que el agua de las irrigaciones vaginales entre y salga en vagina—donde a través de los fondos de saco ha de obrar beneficiosamente sobre los anejos inflamados—sin tocar los genitales externos, cosa que se consigue con las cánulas vaginales de doble corriente, en las que, por ser de porcelana refractaria, la parte que se amolda a los genitales externos, sobre éstos no se deja sentir el calor.

Las irrigaciones vaginales han de prescribirse una o dos veces en el día y deben ser usadas durante largas temporadas.



Los medios prácticos de aplicar el calor, de que hasta ahora nos hemos venido ocupando, presentan un primer inconveniente y ofrecen una principal desventaja: sólo dura el calor un corto tiempo—el que tarda en enfriarse el agua, en las aplicaciones de los caloríferos sobre el abdomen, o en vaciarse el irrigador, cuando se hacen lavados vaginales—; aunque se repitan una y otra vez las aplicaciones de los termóforos o se llenen repetidamente los irrigadores (los depósitos de 20 ó 25 litros son de imposible utilización en la práctica, por ofrecer una serie de dificultades enojosas su manejo), el calor actúa *a momentos* y no de manera continua, duradera y constante, como se desea.

Para realizar prácticamente esto, nació el empleo de las duchas vaginales de *aire caliente*, mediante el aparato Fön y la utilización del PELVITERMO Flatau. Colocada una enferma en la posición ginecológica, introducimos en su vagina un espéculo del tipo del de Fergusson, hecho de porcelana refractaria, y, encajada dentro de él la boquilla del Fön, hacemos pasar, durante treinta o cuarenta minutos, y aun más tiempo, una corriente de aire caliente que dirigimos sobre los fondos de saco vaginales; puede completarse la sesión con unas duchas aéreas, dirigidas, desde la zona baja del abdomen, sobre los órganos pélvicos, aunque la menor tolerancia por el calor de la piel, comparativamente a la resistencia de la vagina, sólo consiente sesiones de mucha menor duración y exige que continuamente se *pasee* el aparato

sobre la zona pélvica, para que no actúe muchos minutos sobre la misma área dérmica.

Con este método del aire caliente se obtienen buenos resultados en las pacientes de anexitis crónicas, y es un medio terapéutico que conserva actualmente, por su eficacia y fácil aplicación, indudable realidad práctica.

El «Pelvitermo de Flatau» consta de una resistencia en forma de cinturón, que se ciñe en la parte baja del abdomen, y de otra metálica dispuesta constituyendo un ancho vástago, que se introduce en la vagina y que en la parte que corresponde a la vulva, y que queda entre los muslos de la paciente, va recubierto de materiales aisladores; con una llave de paso se toma la corriente eléctrica industrial—continua—y se hace pasar a través del aparato, convirtiéndose en calor, que actúa desde el abdomen y desde la vagina sobre los órganos inflamados; las sesiones de pelvitermo tomadas estando horizontal la enferma sobre una cama o mesa, duran una hora, hora y media, dos horas, y durante todo este tiempo y de manera continua están sometidos los órganos pélvicos a temperaturas altas, de 46 a 48 grados.

Se prescriben 15 ó 20 sesiones de pelvitermo seguidas, dadas sin interrupción, comenzando a los tres o cuatro días del último período y suprimiéndolas otros tres o cuatro antes de la aparición del flujo catamenial, para que no revista éste caracteres menorrágicos, por los efectos intensamente congestivos de la aplicación pelvitérmica.

Desde las primeras sesiones se alivian claramente las manifestaciones dolorosas y las enfermas siguen con verdadera fe y entusiasmo el tratamiento por el pelvitermo.

Pero constituyendo éste una perfección indudable sobre las otras formas de administración del calor, en las afecciones inflamatorias ginecológicas está lejos de satisfacernos por completo, porque el ideal es hacer llegar *calor directamente* sobre los órganos inflamados, a los que con todos los dispositivos hasta aquí mencionados sólo llega el calor por *irradiación desde el foco calorífero*; es decir, transmitiéndose desde el abdomen o la vagina, con la indudable pérdida calorífica que ello significa.

Respondiendo a estas objeciones y tratando de suprimir estos defectos, nació la utilización ginecológica de la DIATERMIA. La diatermia consiste, como es sabido, en un medio físico por el que el calor se engendra mediante el paso a través del organismo de una corriente de alta frecuencia: también se llama TRANSTERMIA y TERMOPENETRACIÓN, y es muy distinta de los otros medios en que también se aprovecha el calor producido por una corriente eléctrica—pelvitermo, por ejemplo—, porque en éstos la electricidad no hace más que calentar una resistencia metálica—colocada sobre vientre o introducida en vagina—, desde la que se irradiará el calor a los órganos pelvianos, mientras que en la *diatermia* el calor se engendra en el seno mismo de los tejidos atravesados por la corriente de alta frecuencia.

Las anexitis

Como dice, con gran claridad expositiva, el doctor Población («La diatermia en Ginecología», conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina, 1917):

«Lo que caracteriza físicamente a la corriente diatérmica es que las oscilaciones que la constituyen se obtienen mediante la producción de numerosas y pequeñas chispas — *microchispas* —, cada una de las cuales representa un impulso productor de ondas; los impulsos alcanzan la cifra de más de 20.000 por segundo, están separados por muy cortas pausas y la corriente alta frecuente que originan en el circuito inducido es de poca tensión, en tanto que la intensidad aplicable es de tres o cuatro amperios; la diatermia es sólo un proceso de degradación de la energía, es decir, de evolución de una energía superior, integralmente utilizable, como es la electricidad, en otra forma de energía inferior o degradada, que es la térmica, *sirviendo el organismo de transformador.*»

La aplicación de la corriente diatérmica se hace colocandó un electrodo en la región abdominal y otro en la lumbosacra, o uno en ésta y otro—tallo metálico— en vagina, y haciendo pasar a través de la pelvis la corriente eléctrica: subjetivamente se experimenta una sensación de calor bien tolerable y la temperatura que en genitales internos llega a alcanzarse es de 44 ó 46°.

La cantidad de corriente no rebasa de dos a dos y medio amperios, y en sesiones de larga duración,

cinuenta o sesenta minutos, no debe llegar, manteniéndose alrededor de uno y medio amperios.

(Todo lo que a fundamentos teóricos y dispositivos técnicos de «Diatermia» se refiere, está claro y extensamente contenido en el texto del discurso del doctor Población ya citado.)

La diatermia en Ginecología ha sido aconsejada entusiastamente por el doctor Recaséns, verdadero paladín de este tratamiento: nosotros, a su lado, hemos podido apreciar los indudables beneficios que con él se obtienen en el tratamiento de procesos anxiales crónicos, muchos de los cuales resultan clínicamente curados al cabo de un tiempo no muy prolongado de tratamiento diatérmico.

Ahora bien, los éxitos conseguidos, relativamente a los que se obtienen con los otros medios eléctricos de producción del calor, no son tan excepcionales como de su fundamento teórico parece debíamos poder esperar.

Son muchas las enfermas que mejoran, es cierto; pero tampoco son raras aquellas en las que tenemos que llegar a una terapéutica radical para poner fin a la sintomatología dolorosa.

Además, para poder fallar convencidos los resultados que con *diatermia* se consiguen, habría que prescindir en la práctica de los medios coadyuvantes—reposo, laxantes, irrigaciones, etc,—que indudablemente tanta parte tienen en los buenos efectos alcanzados.

Estamos seguros que si un grupo de enfermas de

anexitis crónicas se tratan exclusivamente con *diatermia*, y otro en el que se prescriben los clásicos medios coadyuvantes, ya citados, se someten sólo a las duchas aerotérmicas con Fön, o las sesiones de pelvitermo, los excelentes resultados conseguidos en este último grupo contrastarán con los mediocres obtenidos en el primero.

Y es que son muchos los factores entre los que puede quedar diluída la eficacia de una terapéutica. Igual freno ha de ponerse también a los exagerados optimismos de algunos que creen casi tener resuelto el problema complejísimo de la esterilidad por lesiones anxiales, hablándonos de *casos curados por la diatermia*.

Entre los muchos centenares de enfermas vistas por nosotros este año en nuestra consulta pública, son varias las que en el curso del tratamiento tópico prescrito en sus procesos anxiales (columnización vaginal, irrigaciones), encuadrado en las líneas generales de laxantes y prudente reposo, se han hecho por primera vez embarazadas: distaremos, a pesar de ello, mucho, de creer haber influido directamente sobre la esterilidad mediante las curas vaginales.

Estas, al ir lentamente mejorando el síndrome anxial, consienten *dar tiempo al tiempo* y que pueda venir ulteriormente una gestación, cosa que, seamos sinceros, ocurre con relativa frecuencia sin haber seguido las enfermas tratamiento alguno. No otra explicación tienen muchos de esos embarazos

tardíos observados al cabo de siete, ocho o nueve años de matrimonio estéril; en los primeros tiempos de él, acaso por infección gonocócica, se produjo una salpingitis, que impidió el embarazo, y que al ir lenta y espontáneamente cediendo en el curso del tiempo, lo permite más tarde.

No queremos con esto desacreditar la diatermia en Ginecología: convencidos, como el que más, de sus buenos efectos, sólo queremos hacer un llamamiento a los fáciles entusiasmos y exagerados optimismos, pues nada hay que desacredite más un medio terapéutico, que pedirle lo que no puede otorgar.

Una contraindicación de la diatermia en las anexitis crónicas la constituyen aquellas enfermas en los que los síntomas metrorrágicos son pronunciadas, pues las pérdidas sanguíneas se exageran notablemente por la termopenetración.

El embarazo *acaso* no constituya una contraindicación tan absoluta como se afirma, pues nosotros hemos sometido *dos* enfermas gestantes en los tres primeros meses, al tratamiento diatérmico, pues los dolores aumentaban a medida que el útero crecía—indudablemente al *tirar* de las adherencias que con los órganos vecinos había establecido—y *en ninguno* de los dos casos se produjo la menor perturbación del embarazo, modificándose en ambos favorablemente el cuadro doloroso.

Ya sabemos que dos casos no son bastantes para poder sentar una conclusión definitiva: lo decimos sólo a título de curiosidad informativa y para que

Las anexitis

se vea patente que nada más lejos de nuestro ánimo que restringir el empleo de la diatermia ensombreciendo sus resultados.

TRATAMIENTO BACTERIOLÓGICO.—La aplicación a la Ginecología de las vacunas específicas se hizo en medio de risueños optimismos y de halagadoras esperanzas. Desde otras especialidades médicas llegaban los entusiasmos por la vacunoterapia, y continuamente se publicaban hechos clínicos que pregonaban su eficacia.

Sobre todo en las secuelas de la gonococcia masculina—orquitis, epididimitis—y en lo que pudiéramos llamar «metástasis neisserianas»—artritis—, los bonísimos resultados conseguidos con la utilización de las vacunas, permitían fundadamente abrigar la esperanza de que con análogo éxito podrían ser tratadas las anexitis gonocóccicas.

La práctica nuestra, en armonía con el pensar de la mayoría de los ginecólogos, no consiente, sin embargo, poder ratificar esas presunciones, y los mediocres resultados conseguidos nos autorizan sólo a decir que la *vacunoterapia es una cosa más* que debe hacerse en el *tratamiento de las anexitis crónicas*.

No vamos a recordar ahora los fundamentos científicos de la vacunoterapia, que nos llevaría a pasar revista a la serie de teorías nacidas para explicar la INMUNIDAD: unos y otras los suponemos en el sentir de todo el que nos leyere, y sólo, esquematizando el

asunto, diremos que nosotros hemos empleado *siempre* en nuestras enfermas las *vacunas hechas con gérmenes virulentos*, no teniendo, por consiguiente, experiencia de lo que se llama (Carlos Alberto Castaño) «vacuna ideal», como la preparada por el profesor argentino Julio Méndez, en sus «haptinógenos», en la que se ha llegado a conseguir la atenuación de los gérmenes.

Por lotes, hemos agrupado las enfermas de anexitis, que sometimos a la vacunoterapia, y salvo un reducido número de ellas, que tenían antecedentes sépticos puerperales y que fueron *tratadas* por *vacuna* estreptocócica, la inmensa mayoría de pacientes eran afectas de procesos gonocócicos, y se empleó, por consiguiente, la vacunoterapia neisseriana. Antes de detallar las modalidades técnicas de ésta, diremos que, por el escaso número de enfermas tratadas por vacuna estreptocócica y por los nulos resultados conseguidos, en este capítulo de «medios bacteriológicos», queremos sólo referirnos al tratamiento de las *anexitis gonocócicas por las vacunas*.

Tenemos experiencia de unas cuantas preparaciones extranjeras («Gonargin», «vacuna polivalente del Instituto de Berna», «vacuna Parke Dawis», «Donegón» o vacuna de Nicolle, «Artigón» y «Filocógeno Parke Dawis») y de la mayoría de las nacionales («Pérez Grande», Instituto Alfonso XIII, «Laboratorio Municipal», «Fher», «Campos», «Puig», «Thirf», etc.).

Las anexitis

En líneas generales, daremos los resultados conseguidos y la técnica utilizada, diciendo:

1.º Sólo hemos sometido a la vacunoterapia enfermas de procesos anexiales crónicos (salpingoovaritis).

2.º Estas pacientes siguieron al mismo tiempo la corriente «terapéutica médica» (laxantes, irrigaciones vaginales, columnización ictiolada, etc.) y los resultados conseguidos, *en su conjunto*, no difieren grandemente de los alcanzados utilizando sólo la llamada terapia «médica».

3.º En *algunos casos*, sin embargo, se modifica de un modo indudable la *leucorrea amarilla verdosa* que aqueja a las pacientes, disminuyendo notablemente desde que las sometía a la vacunoterapia.

4.º Las inyecciones las hemos hecho, en algunas enfermas, dentro de las venas, y como los resultados no difieren de los que obtuvimos utilizando la vía intramuscular, aconsejamos se emplee siempre ésta, ya que supone técnica más delicada y tal vez peligrosa la vía directa o sanguínea.

5.º Practicando la inyección en las últimas horas de la tarde, como los fenómenos reaccionales—fase negativa de Wright—siempre ligeros (fiebre de 37,4 o 37,8, algún mayor dolorimiento local, ligera cefalalgia, decaimiento muscular), coinciden con las horas del reposo nocturno, la terapéutica es admirablemente tolerada por las enfermas y compatible con su vida habitual.

6.º Las inyecciones las solemos poner en días

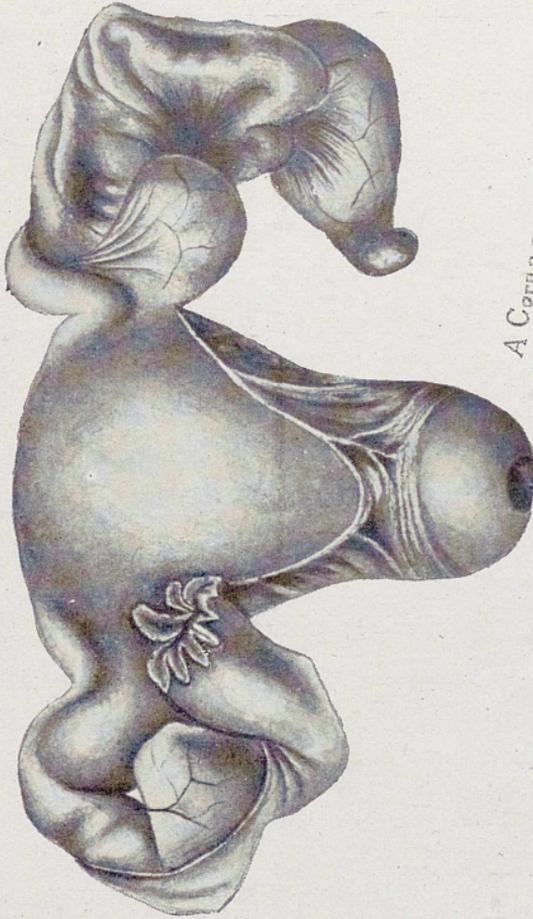
alternos, intramuscularmente, comenzando por la dosis mínima, yendo subiendo ésta, de acuerdo con las indicaciones especiales que cada tipo de preparado vacunoterápico prescribe.

7.º Como no advertimos contraindicación ninguna para la vacunoterapia en las anexitis crónicas, y, en cambio, en la cantidad y calidad del flujo leucorreico sí parece tener indudables efectos beneficiosos, juzgamos que debe ser *una cosa más* que se haga, dentro del terreno no quirúrgico, de la terapéutica en síndromes anexiales crónicos, y que las enfermas, al mismo tiempo que siguen un tratamiento general de reposo, laxantes, etc., y otro *tópico*—cúras vaginales—, y *físico*—pelvitermo, diatermia, deben ser sometidas a la vacunoterapia. Aca-so, en esta suma de medios coadyuvantes, no se sepa bien cómo acertar a distribuir los beneficios logrados; pero nunca mejor podremos decir *hágase el milagro y hágalo el diablo*.

8.º Tal vez el triunfo definitivo de la terapéutica de las vacunas se logre cuando se difunda más la práctica de la *autovacunoterapia*; es decir, la preparación de vacunas utilizando los mismos gérmenes de la enferma, recogidos de sus exudados vaginocervicales.

Claro que ello complica grandemente la fácil técnica del procedimiento; pero, a cambio de ello, los resultados que se consiguen son más ciertos y rápidos.

Los pocos casos en que venimos utilizando esta



A Corruago

Proceso aneial doble, pero conservándose en un lado la permeabilidad del pa-
bellón tubárico.]

Las anexitis

autovacunoterapia, y que nos proponemos ampliar, así consienten afirmarlo. Véanse, entre otros muchos trabajos, los siguientes, que hacen referencia a la vacunoterapia en Ginecología:

Mañueco: «Tratamiento de anexitis blenorragicas por vacunas». (Sociedad Dermatológica Española, 4-II 915.)

Maldonado: «La vacunoterapia en las anexitis». (Tesis de doctorado.)

Méndez (Julio): «Acción de la vacuna gonococcica y modo de aplicarla». (*Revista de la Sociedad de Medicina de la Argentina*, 1914.)

Alberto Castaño: *Vacunoterapia gonococcica y en Ginecología*. Buenos Aires, 1917.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. — Como siempre sucede, y dentro del criterio terapéutico general, llegaremos al tratamiento quirúrgico cuando podamos considerar fracasados los otros medios puestos en juego para modificar el cuadro sintomático de los procesos anexiales crónicos.

No es nuestra idea, al abordar el tema que el título de este capítulo indica, hacer una detenida referencia de todos los procedimientos operatorios que desde los primeros tiempos de la Ginecología se han venido practicando, ni siquiera intentamos describir con detalles de técnica los que actualmente se ejecutan: ello se encuentra con toda minuciosidad y con admirables explicaciones gráficas en cualquier texto de Ginecología operatoria.

Nosotros sólo aspiramos a que, una vez leído este capítulo, hayamos podido hacer llegar al lector la síntesis de nuestro criterio, esquematizando la serie de problemas que dentro de él se contienen, en unas líneas generales, demostrativas de la manera de enfocar nosotros la terapéutica quirúrgica de los procesos anexiales crónicos.

Tal vez no logremos convencer al que leyese; pero, por lo menos, no habremos atentado a su benévola indulgencia, obligándole a leer, resumidos y sintetizados, una serie de procedimientos, de métodos técnicos, o que por vulgarizados y extendidos conocía ya, o que por su falta de base práctica nunca han de llegar a interesarle.

Y escribimos esto porque no olvidamos que al médico general, y no al ginecólogo, nos dirigimos.

El tratamiento quirúrgico de los procesos anexiales crónicos lo consideramos dividido en:

Tratamiento quirúrgico en los procesos anexiales crónicos.	}	Indirecto (que actúa obrando operatoriamente a distancia de los anejos inflamados).	}	Conser- vador.. } Radical.. }	{ Por vía la- parotómi- ca o por vía vagi- nal.
		Directo (que actúa de modo operatoriamente directo sobre los anejos inflamados).			

Las anexitis

Tratamiento quirúrgico indirecto de las anexitis crónicas.—Muchas veces se nos presentan en la clínica enfermas que lo son de procesos anexiales ligeros, de curso crónico, y en los que la terapéutica no operatoria, en sus múltiples recursos—columización ictiolada, diatermia, vacunoterapia, etc.—, no ha logrado suprimir la sintomatología dolorosa que motivó se presentara la enferma al ginecólogo, reclamándole una curación, que no consigue, a pesar de haber seguido durante semanas, y aun meses, todas las medidas terapéuticas que él le aconsejó.

Son esas pacientes que, escépticas ya de toda medicación, solicitan vivamente ser operadas.

Y en muchas ocasiones, y como causa integrante de todo ello, se trata de enfermas que sí tienen una anexitis; pero tienen, además, un útero en *retroversión*. ¿Qué es lo que entonces pasa? Nosotros juzgamos esos cuadros clínicos, entendiendo que al estar el útero en posición retrovertida, los anejos íntimamente unidos a él, son por el útero arrastrados, abandonando su posición normal y *cayendo* al fondo de saco de Douglas.

Esta posición viciosa en que se hallan los anejos integra una serie de perturbaciones circulatorias que, llevando al éxtasis congestivo, favorecen la aparición de procesos inflamatorios y les consienten mayor rebeldía y cronicidad.

Son anexitis indirectamente producidas y que de modo indirecto deben ser tratadas.

Se conseguirá hacerlo cuando, colocado el útero en posición normal, se supriman los factores congestivos que estaban sosteniendo la predisposición inflamatoria.

Del mismo modo que las lesiones inflamatorias de los dedos de una mano se curan más fácilmente dando a ésta una adecuada posición, colocando el brazo en un cabestrillo, que impide que la mano penda, dificultando, por éxtasis sanguíneo, la regresión inflamatoria que asienta en los dedos, así en las anexitis coincidentes con útero en retroposición—o secuelas de esta viciosa actitud uterina—se logrará una notable mejoría de ellas colocándoles *un cabestrillo* al poner el útero, y con él los anejos, en su posición fisiológica.

Que todo esto no son teoricismos lo prueban, de un lado, la serie de casos clínicos en que, procediendo terapéuticamente de acuerdo con este criterio patogénico, se llegó a la curación de las enfermas, y de otra parte, con recordar el hecho, que por cierto e indudable viene ya citado por todos los autores clásicos, de la mayor frecuencia de los procesos anexiales izquierdos debido al curso más largo de los vasos venosos útero-ováricos, que para desembocar en la cava inferior han de hacerlo por medio de las venas renales, con lo que, el *trayecto* de la circulación de retorno, en los anejos izquierdos, es más largo que en el lado derecho, *integrando* esta mayor longitud una facilidad congestiva, por éxtasis, causa de una mayor predisposición inflamato-

Las anexitis

ria. Véase cómo los hechos congestivos tienen una indudable realidad en la génesis de las anexitis.

Todos, en clínica, presenciamos además la relativa frecuencia con que el hecho sintomático que culmina en la historia de nuestras enfermas es una violenta *dispareunia*.

Muchas veces se debe ello a que los anejos, prolapsados en el Douglas, son contundidos directamente, durante las relaciones sexuales, pues la retroversión uterina coexistente produce un cierto grado de *acortamiento* del conducto vaginal, y el pene actúa traumatizando los anejos inflamados e impidiendo, en la repetición del acto sexual, los beneficiosos resultados de la terapéutica médica que se está siguiendo. Muchos de estos problemas clínicos son los que se designaban antes con el ambiguo nombre de *douglasitis*.

Basta, en las enfermas que venimos considerando, lograr, al normalizar la posición uterina, que los anejos no sigan continuamente congestionados, para que la terapéutica no operatoria, hasta entonces infructuosa, sea coronada por el éxito.

El modo de poner en juego *este tratamiento quirúrgico indirecto* de las anexitis crónicas, es realizando lo que se llama «Operación de Alquie-Alexander-Adams», o sea el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, abordándolos por el conducto inguinal. Es el medio de elección, por la inocuidad con que se ejecuta y por obedecer sus fundamentos a una indiscutible base anatómica.

El empleo de los pesarios—aparte de los inconvenientes o, por lo menos, molestias enojosas que siempre significa su utilización en mujeres jóvenes—no suele ser bien tolerado en estos casos, en los que produce algún dolor, debido a la lesión inflamatoria anexial, coincidente con la retroposición uterina.

Los otros métodos operatorios puestos en práctica para corregirla no nos satisfacen como la operación de Alqui-Alexander-Adams, por una serie de razones que expondríamos si nos propusiéramos, en vez de sobre *anexitis*, escribir sobre desviaciones uterinas y que, por consiguiente, hemos de callar ahora.

Realizado el acortamiento de ligamentos redondos, y una vez lograda la normalidad de estática uterina, vuélvase a prescribir la terapéutica médica contra las lesiones anexiales y los éxitos no se harán esperar, lográndose completos y rotundos con los mismos medios y análogos procedimientos a los seguidos, sin resultado alguno, con anterioridad al tratamiento operatorio realizado.

En una comunicación que en 1918 hicimos a la Sociedad Ginecológica Española tratábamos de este asunto, citando una serie de observaciones personales de historias clínicas que comprobaban nuestro aserto.

Queremos insistir bien sobre este aspecto del *tratamiento operatorio indirecto* de los procesos anexiales crónicos, porque en las obras que habitual-

mente se manejan, o no se cita para nada, o se alude a él de modo tan difuso, diluídos de una manera tal sus fundamentos patogénicos, que escapan al juicio del que lee, quien sólo saca la deducción de que, fracasada la terapéutica no operatoria, debe darse a la cirugía todos sus derechos, y dirige las pacientes a la mesa de operaciones, para ser tratadas de un modo *directo* las lesiones *anexiales* que presentan.

Si en todo ha de procederse de lo sencillo a lo complicado, de lo fácil a lo difícil, mucho más ha de suceder así en el *campo quirúrgico*, en el que debemos siempre sostener firme el criterio de *proporcionalidad entre la enfermedad y el remedio*, no acudiendo más que en última instancia a medidas terapéuticas que *pueden* resultar graves, para curar afecciones que ninguna gravedad, ninguna amenaza de vida integran y suponen.

Tratamiento quirúrgico directo de los procesos anexiales crónicos.—Ante todo, diremos que, aunque para actuar quirúrgicamente sobre los anejos inflamados podemos seguir dos caminos operatorios, llegando a ellos, o por vía abdominal, o a través de la vagina, nosotros, desde este momento, no nos referiremos más que a la *vía laparotómica*, desechando en absoluto las intervenciones vaginales en el tratamiento de los procesos anexiales crónicos, por una serie de razonamientos que, por estar en el ánimo de todos, y por haber sido, con motivo

de «paralelismo operatorio», además, profusamente difundidos por nosotros en varias publicaciones (1), no enumeramos ahora.

Dos criterios pueden seguirse en la operatoria abdominal de las anexitis crónicas: el método *conservador* y el *radical*.

Tratamiento operatorio conservador en los procesos anexiales crónicos.—De acuerdo con su nombre, se procura al ejecutar la cirugía conservadora, en lesiones de anejos, no extirpar éstos, o que la exéresis, si no puede evitarse, sea unilateral. Todo ello, «con ánimo de conservar la noble función reproductiva» se escribía antes, y hoy se añade: *y de no suprimir el funcionalismo endocrino de los órganos genitales internos.*

Numerosísimas son las intervenciones quirúrgicas que para realizar el ideal de la cirugía conservadora se pusieron en acción para tratar las lesiones inflamatorias de anejos: basta recordar la *salpingostomía*, la *salpingo* y *ovaropexia*, la *salpingorrafia*, la *resección cuneiforme* y la *ignipuntura* del ovario, etc.; en otras ocasiones, si el estado anatómico de un anejo no consentía realizar esta clase de cirugía conservadora, se ponía gran empeño en *dosificar* al *mínimo* la extirpación, haciéndola unilateral, o *cruzada* (trompa de un lado y ovario del otro), ba-

(1) «El cáncer del útero.» (*Los Progresos de la Clínica*, artículo premiado, curso 917-18. Ponencia oficial en el Primer Congreso Nacional de Medicina. Madrid, abril 1919.)

Las anexitis

sada esta última—y siempre con el ideal de la conservación de la aptitud fecundante—en la migración externa del óvulo.

Indudablemente, la cirugía conservadora anexial llenó una necesidad en la historia de la Ginecología, y ésta le es deudora de un gran beneficio: la de poner una barrera a la acometividad operatoria que siguió a la práctica de las intervenciones laparótomicas, ya hechas en el dominio de la asepsia y en la posesión de una técnica esmerada y perfecta. Ninguna especialidad quirúrgica llegó a las audacias operatorias de la Ginecología y en ninguna como en ésta se prodigaron las intervenciones cruentas. Tras de la acción, viene la reacción, y por ello venció la *cirugía conservadora anexial*.

¿Qué concepto debe merecernos ésta hoy? Más páginas que las que llevamos escritas en esta revisión de terapéutica de anexitis podríamos llenar, entablando un debate, sobre las ventajas del método conservador en operatoria anexial o sobre los inconvenientes en ella de la cirugía radical.

Fallaremos, sin entablarlo, este ya viejo pleito, diciendo que «debemos ser, en los procesos anexiales, eminentemente conservadores antes de coger el bisturí, y sensatamente radicales si hemos llegado al acto *quirúrgico*.»

Ya sabemos la serie de razones, la enorme cantidad de argumentos que del campo fértil y espléndido de la Endocrinología vienen a caer sobre el ginecólogo, deteniendo los radicalismos de sus interven-

ciones e invitándole, para conservar la secreción interna del ovario, a realizar sólo extirpaciones parciales de estos órganos, cuya función debe conservar a todo trance.

Ello es cierto, pero meditemos también cuál es el móvil que el ginecólogo lleva al realizar sobre los anejos intervenciones cruentas.

Cuando hoy — en que la terapéutica no operatoria de los procesos anexiales reviste tantas modalidades y permite obtener tantos éxitos — llegamos a decidirnos al acto quirúrgico, que en sí mismo ofrece los serios peligros que toda laparotomía supone, lógicamente debemos suponer que ello sucede porque la intensidad de las lesiones inflamatorias es tal que no cede a la terapéutica no operatoria. Si esto es así, no lo es menos que el proceso productor de las lesiones flogísticas que inútilmente tratamos de corregir ocasionaría alteraciones anatómicas tan extendidas, tan generalizadas, que toda terapéutica operatoria *local*, es decir, que sólo actúe sobre un órgano, respetando los otros, es ya imposible.

Además, lo que al ginecólogo le decide para intervenir quirúrgicamente, es el deseo de librar a la enferma de los dolores que la mortifican, de las molestias que la invalidan, y en medio de los cuales el deseo de la fecundidad apenas alienta. Por ello, cuando llega a poner en riesgo la vida de la enferma que a él se confía—y riesgo hay siempre en toda laparotomía—, es para que aquélla ya nunca más pueda reputarse como *enferma* de su aparato genital.

Por estas razones, de una parte, y por otra, teniendo en cuenta los mediocres resultados que se conseguían con las operaciones conservadoras hechas para lograr la fecundidad, nosotros hoy — en que tanto debe intensificarse la terapéutica no operatoria de las anexitis — no podemos por menos, recordando infinidad de historias clínicas, que repetir las palabras de Recaséns, cuando con donoso escepticismo afirma que la *cirugía conservadora en procesos anexiales...*, es conservadora de la enfermedad...

Indudablemente serán de consideración, y acaso de ulterior trascendencia, las perturbaciones que al organismo femenino acarreará la supresión de los ovarios y la abolición con ello de su funcionalismo endocrino; pero la experiencia de muchos centenares de enfermas seguidas en su curso postoperatorio nos permite afirmar que no tienen, ni con mucho, la enojosa significación que las molestias, que los dolores aquejados por aquellas pacientes, que, luego de haber puesto en grave riesgo su vida, continúan sufriendo, como antes de haber sido laparotomizadas para realizar en ellas alguna de las llamadas operaciones conservadoras.

La insuficiencia ovárica postoperatoria, en muchas enfermas, tiene sólo una discreta manifestación sintomática, pero aun en las que reviste caracteres marcados, siempre es más fácilmente corregible (opoterapia, medicación hipotensiva) que la situación triste de las *operadas*, que, a pesar de ello, no

han dejado de ser *enfermas anxiales*. Son éstas las enfermas que van de un ginecólogo a otro, sufriendo siempre intervenciones parciales hasta que uno se decide, realizando la extirpación radical, a poner fin al doloroso éxodo de estas pacientes, *verdaderas coleccionistas de cicatrices operatorias*.

La cirugía conservadora anxial, pues, para nosotros—en quien está arraigadísima la convicción de lo mucho que sólo con terapéutica no operatoria... y tiempo, puede conseguirse en la curación de los procesos anxiales—hoy tiene una secundaria importancia, y su realización, en nuestra práctica, supone siempre un error de apreciación diagnóstica.

Engañados por las manifestaciones dolorosas, intensas, tenaces, que una enferma ofrece—a pesar de haber utilizado en ella los medios físicos y tópicos corrientemente empleados—, nos decidimos a llevarla al acto quirúrgico: hecha la laparotomía, encontramos sólo ligeras alteraciones inflamatorias de ovarios y trompas, y entonces practicamos solo, o una oferectomía, o la extirpación unilateral de los anejos.

Pero ello sólo a título de «mal menor» y bien convencidos que nunca debimos—de haber podido valorar justamente la poca importancia de las lesiones flogísticas—empujar la paciente a la mesa de operaciones, quedando además en nuestro ánimo, el descontento y la tristeza de haberla sometido a peligros que nunca debió correr.

Las anexitis

TRATAMIENTO OPERATORIO RADICAL DE LOS PROCESOS ANEXIALES CRÓNICOS.—Los razonamientos que anteriormente dimos para rechazar la cirugía conservadora anexial, bastan para defender el método radical en la operatoria de las anexitis, y que, como indica su nombre, hace referencia a extirpar bilateralmente ambos anejos.

Pero aun dentro de los *radicalismos* quirúrgicos hemos de considerar gradaciones.

¿Extirpamos sólo ambas trompas y ovarios, o quitamos asimismo el útero?

Ya dispuestos a practicar la histerectomía, ¿la hacemos total, o dejamos un trozo de cuello, realizando la extirpación uterina subtotal?

Brevemente haremos sobre ambas interrogaciones algunos comentarios.

No tienen realidad práctica los fenómenos—teóricamente admitidos—*uteroprivos*; es decir, que, ya extirpados los anejos, el endocrinismo no se altera aparentemente, por la extirpación del útero. Fisiológicamente, éste resulta inútil si los ovarios faltan, ya que ni menstruación ni embarazo han de aparecer.

Estas consideraciones por un lado, y por otro el tener en cuenta que en la mayoría de los casos el útero ofrece alteraciones métricas que podrían sostener más tarde, en el curso postoperatorio, dolores lumbosacros y flujos leucorreicos, hacen que debamos pensar en suprimir un órgano que, siendo inútil, puede resultar perjudicial, y, por ello, que

aconsejemos la *histerectomía* como tratamiento radical de los procesos anexiales crónicos.

Pero ¿qué clase de histerectomía: la *subtotal*, o la *total*? Una y otra, sólo se diferencian en que se extirpe o no el cuello uterino.

Siguiendo el criterio de radicalismos que nos llevó a aconsejar la histerectomía, deberíamos preconizar ahora la total; pero hay una circunstancia que modifica nuestra conducta. Ofrece una mayor gravedad, y así lo abonan numerosos hechos de experiencia clínica, la extirpación uterina completa—gravedad debida a que la cavidad vaginal se pone en comunicación íntima con el peritoneo, en el que se *siembran* la serie de gérmenes microbianos sépticos que siempre viven en la vagina de una enferma genital—; esta mayor gravedad subsiste, aunque intentemos—con mejor voluntad que éxito—suprimirla con artificios técnicos (pinza acodada de Wertheim)—obturar la vagina— y, por ello, rechazaremos la histerectomía total, *prefiriendo siempre la subtotal*, como tratamiento de los procesos anexiales (y aunque rectifiquemos ahora juicios escritos por nosotros mismos hace unos años). Para evitar la contingencia de que el cuello uterino pueda producir más adelante algunas molestias, por lesiones de cervicitis, se extirpará la mayor cantidad posible de él, dejando sólo *una rodaja*, lo imprescindible para no abrir la vagina, para que con ello se disminuyan riesgos de posible contaminación peritoneal y para que no se altere—al no desinsertarse

los fondos de saco—la estática vaginal. Es decir, que haremos una HISTERECTOMÍA SUBTOTAL lo más *totalmente que podamos*.

Técnicamente, sígase, para hacerlo, el método operatorio que se elija; como fundamento de todos, existen dos: uno, el que va siguiendo un orden anatómico, comenzando por un ligamento infundíbulo pelviano—parte la más alta del útero—y siguiendo en *redondo*, de arriba abajo en un lado, y de abajo arriba en el otro, hasta acabar en el ligamento infundíbulo pelviano del lado opuesto. Este es el llamado «proceder americano».

El otro que queremos recordar—en páginas anteriores quedó ya mencionado—es el método de *hemi-sección*, o de Jean Luis Faure y Kelly.

Deberíamos, a ser posible, y con el ánimo de reducir al mínimo los fenómenos ovaroprivos, injertar SIEMPRE, debajo de la aponeurosis, un trozo de tejido ovárico, para conservar la función endocrina de este órgano.

B. — PERIMETROANEXITIS

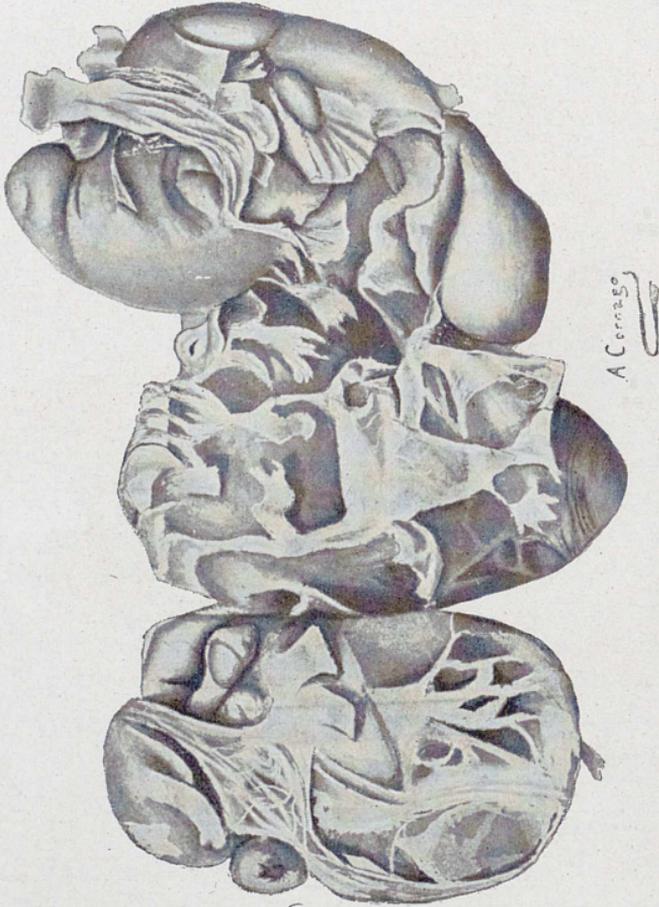
Aunque en el terreno de la práctica, y llegado el momento del tratamiento, análogo es éste en la *salpingoovaritis* (estudiada en las páginas anteriores) que en la *perimetroanexitis*, como es éste un término que se prodiga en Ginecología, queremos decir algunas palabras de este último *síndrome*

anexial crónico que hemos establecido al comenzar el tratamiento genérico de las *anexitis*.

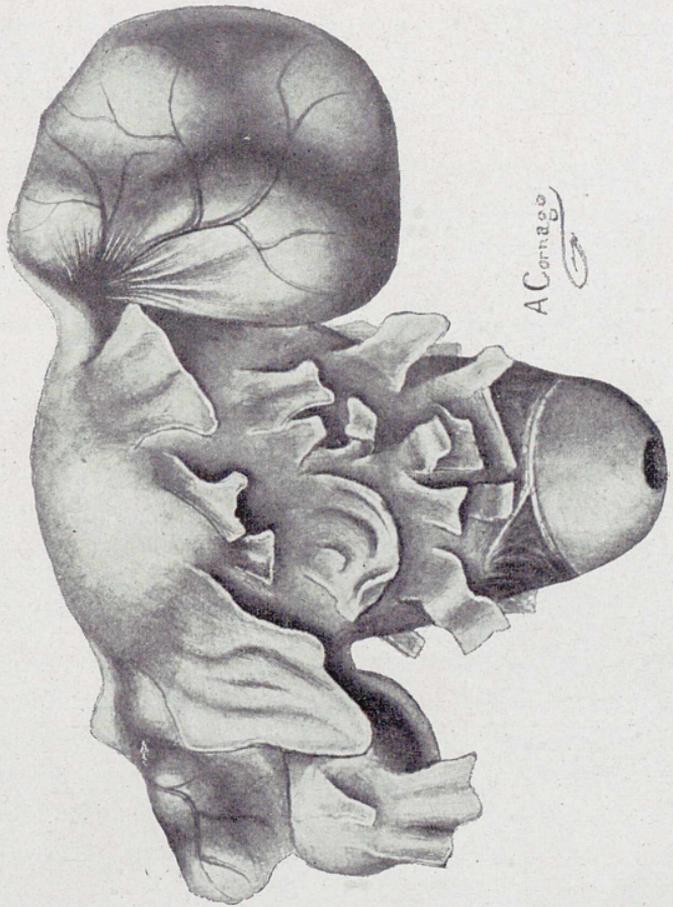
La *perimetroanexitis* representa la inflamación que no sólo quedó crónicamente acantonada en anejos, trompas y ovarios, sino que, habiéndose extendido a peritoneo pélvico y tejido celular, dejó en ellos sus huellas, integrando el tipo clínico que se conoce con esta denominación.

La *perimetroanexitis*, tan íntimamente relacionada con la salpingoovaritis, tiene, sin embargo, expresión clínica suficiente para poder decir, después de un examen ginecológico: «esta enferma tiene una salpingoovaritis» y aquella padece «una perimetroanexitis». Los antecedentes patológicos serán análogos, iguales o muy parecidos los síntomas subjetivos; pero al examen ginecológico digital encontraremos, en el caso de *perimetroanexitis*, que el útero está fijo, como enclavado, en la pelvis, y que el mayor dolor lo experimenta la enferma, *no* al comprimir un fondo de saco vaginal—como sucedía en la salpingoovaritis—, sino al *intentar* movilizar el útero, pues es entonces cuando, poniéndose *tensas* las bridas inflamatorias que desde útero y anejos se establecen con los órganos de alrededor, se engendra el máximum de sensación dolorosa.

Dentro de la terapéutica no operatoria de la perimetroanexitis—y después de suscribir todo lo que en idéntico capítulo dijimos de los procesos salpingoovaríticos—, sólo hemos de mencionar la trascendencia, aun más grande aquí, de un régimen die-



Tipo de *Perimetraoanxitis*. (El útero y las colecciones anexiales rodeadas de una serie de *bridas* peritoneales, debidas a las adherencias flogísticas.)



Anexitis tumoral unilateral, con algunas *bridas* (a. b.), debidas al proceso de *perimetrounexitis*.

Las anexitis

tético y farmacológico laxante—pues el estreñimiento reviste caracteres de gran rebeldía—y la prudente sensatez con que hemos de juzgar de los procedimientos kinesiterápicos, tan preconizados por algunos en los casos de perimetroanexitis, que también, y de manera puerilmente inocente, se han intentado mejorar (1) con inyecciones de «fibrolisina» para destruir las adherencias...

En el terreno quirúrgico, los casos de perimetroanexitis, ofrecen, a veces, grandes dificultades técnicas, y exigen casi siempre la práctica del método operatorio de «hemisección uterina» para ir despegando las adherencias anexiales, de abajo arriba, cosa siempre más fácil y sencilla.

También aquí la cirugía conservadora trató de imprimir su escuela y preconizó el método llamado de *aurificación*, consistente en despegar, previa laparotomía, las adherencias existentes, mediante disección obtusa, con compresas de gasa, y luego, para evitar la nueva formación de adherencias al *soldarse* las superficies sangrantes, recubrir éstas con panes de oro, previamente esterilizados. En la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina se realizaron algunos ensayos; y si ya teóricamente ningún buen resultado era legítimo suponer, aun éste resultó más quimérico en la práctica, por lo que se abandonó para siempre.

(1) ALGUNAS NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- C. POBLACIÓN. — *La Diatermia en Ginecología*. (Conferencia. — Publicada en «Revista Española de Obstetricia y Ginecología».)
- A. CASTAÑO. — *La Vacunoterapia gonocócica en Ginecología*. (Un tomo. Buenos Aires.)
- MACAU. — *El análisis de sangre en Ginecología*. («Los Progresos de la Clínica».)
- BECERRO DE BENGOA. — *Tratamiento de las colecciones anexiales supuradas*. (Primer Congreso Nacional de Medicina.)
- F. DOMINGO. — *Vacunas gonocócicas en el tratamiento de las anexitis*. («Revista Española de Obstetricia y Ginecología».)
- MAÑUECO. — *Tratamiento de las anexitis blenorragicas, por vacunas*. («Sociedad Dermatológica Española».)

(1) Por la índole elemental de esta obra, hecha para médicos no especializados, citamos sólo autores que escribieron en español, y publicaciones fáciles de consultar.

- MÉNDEZ (JULIO). — *Acción de la vacuna gonocócica y modo de aplicarla.* («Revista de la Sociedad Médica Argentina».)
- FARGAS. — *Diatermia.* («Ginecología»: Tercera edición.)
- RECASENS. — *Ginecología general.*
- VITAL AZA. — *Tratamiento no operatorio de las anexitis supuradas.* («Revista de Medicina y Cirugía prácticas».)
- VITAL AZA. — *Tratamiento operatorio de la retroversión uterina.* (Sociedad Ginecológica Española.)
- VITAL AZA. — *Ascitis y Desagüe abdomino-vaginal.* («Los Progresos de la Clínica».)
- VITAL AZA. — *Tratamiento quirúrgico de las peritonitis ginecológicas.* («Sociedad Ginecológica Española».)

FIN.

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
PRELIMINAR.....	7
I. — SÍNDROMES ANEXIALES AGUDOS.....	9
A. — Síndromes anexiales agudos de trompa y ovarios.....	9
B. — Pelvicelulitis.....	36
C. — Pelvipерitonitis.....	46
II. — SÍNDROMES ANEXIALES CRÓNICOS.....	51
A. — Salpingoovaritis.....	55
B. — Perimetroanexitis.....	95

1122024

OBRAS DE MEDICINA Y BIOLOGÍA

MONOGRAFÍAS

LA EDITORIAL «SATURNINO CALLEJA» S. A., al publicar estas pequeñas MONOGRAFÍAS, se ha propuesto que tengan un carácter divulgador; y al mismo tiempo que sirven de guía al práctico en el ejercicio profesional, suscitarán seguramente el deseo de investigar sobre aquellos problemas que aun esperan solución.

PRIMEROS VOLÚMENES

- ASÚA. — Tratamiento de la blenorragia.
AZA Y DÍAZ (VITAL). — Tratamiento de las anexitis.
BARRAQUER. — Tratamiento operatorio de la catarata senil.
BASTOS. — Tratamiento quirúrgico y ortopédico de la parálisis infantil.
BECERRO DE BENGEOA. — Los tumores benignos y malignos en Ginecología.
BELLIDO. — Fisiología renal.
BRAVO (J.) y J. A. ALONSO MUÑOYERRO. — Trastornos producidos por la alimentación de los niños de pecho.
CAJAL. — Degeneración y regeneración del sistema nervioso.
CALANDRE. — Anatomía y fisiología clínicas del corazón.
CANIZO. — Estudio radiográfico del corazón y de la aorta.
CARDENAL. — La apendicitis.

- CIFUENTES. — El método operatorio de la derivación urinaria y sus aplicaciones terapéuticas.
- CODINA CASTELLVÍ. — Sanatorio para tuberculosos.
- COVISA (I. S.). — Cistoscopia.
- COVISA (J. S.). — Tratamiento de la sífilis.
- FERNÁNDEZ SANZ. — Tratamiento de las psiconeurosis.
- FERNÁNDEZ SANZ y MESONERO ROMANOS. — Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula.
- FERNÁNDEZ SANZ y RAÚL MONTAUD. — Diagnóstico topográfico de las enfermedades del cerebro.
- GÁLVEZ (J.). — Diagnóstico y tratamiento de las estrecheces pélvicas.
- GÓMEZ OCAÑA. — El problema de los sexos. (El sexo, el hominismo y la natalidad.)
- GONZÁLEZ CAMPO. — Úlcera gástrica.
- GUTIÉRREZ GAMERO. — Pneumotórax artificial.
- HERNANDO. — Crítica de los métodos de tratamiento y diagnóstico precoz del cáncer gástrico.
- JIMÉNEZ ENCINAS. — Tuberculosis laríngea.
- JUARROS. — Tratamiento de la morfinomanía.
- LAFORA. — Tratamiento intrarraquídeo de la sífilis nerviosa.
- LANDETE Y MAYORAL. — Vacunas en estomatología.
- LEOZ Y ORTÍN. — Queratitis agudas de mayor gravedad y parasitarias de más reciente estudio.
- LÓPEZ DURÁN (A.). — Las fracturas de codo en los niños.
- MARAÑÓN. — Semeiología general en endocrinología.
- MARAÑÓN. — Nuevas orientaciones sobre la patogenia y el tratamiento de la diabetes insípida.
- MÁRQUEZ. — Astigmatismo.
- MARTÍNEZ VARGAS. — Maternología.

- MARTÍNEZ VARGAS. — Raquitismo.
- MAS Y MAGRO. — Índice leucocitario y su valor clínico.
- MEJÍAS (J y G.). — La difteria.
- MERKLEN (P.) y HEITZ (J.). — Métodos de examen del corazón.
- MERKLEN (P.) y HEITZ (J.). — Métodos de examen del corazón. El ritmo cardíaco.
- NOVOA SANTOS. — Tratamiento de la diabetes.
- ORTIZ DE LA TORRE. — Hernias.
- PAGÉS MIRAVE. — Nuevos progresos en la técnica de las amputaciones.
- PARACHE. — Embarazo ectópico.
- PASCUAL. — Constante de Ambard y su valor clínico.
- PEÑA (L.). — Los cálculos renales.
- PESET (J. BAUTISTA). — Tratamiento y profilaxis de la fiebre tifoidea por las vacunas.
- POBLACIÓN. — La esterilidad en la mujer y su tratamiento.
- PULIDO. — Endoscopia directa de las vías urinarias.
- RATERA (J. y S.). — Radioterapia profunda. (Röntgen-terapia profunda.)
- RECASÉNS (L. y S.). — Rádium en Ginecología.
- RODRÍGUEZ ILLERA. — Reacción de Wassermann y reacciones de desviación del complemento.
- RODRÍGUEZ MATA. — Progresos en la osteocirugía.
- RODRÍGUEZ PINILLA. — Medicaciones hidrológicas.
- RUEDA (F.). — La mastoiditis.
- RUIZ FALCO. — Vacunas y autovacunas.
- SACRISTÁN. — Punción lumbar y líquido céfalorraquídeo.
- SÁINZ DE AJA. — Tratamiento de las enfermedades de la piel por el rádium.
- SANCHÍS BANÚS. — La fiebre y su tratamiento.
- SANCHÍS BERGÓN. — Educación de anormales.

- SLOCKER. — Progresos en el tratamiento de las pleuresías.
- TAPIA. — Tratamiento de los cuerpos extraños en las vías aéreas superiores.
- TAPIA. — Técnica de la broncoscopia y de la esofagoscopia.
- URRUTIA. — Litiasis biliar.
- VALLE Y ALDABALDE. — Psicoterapia del médico práctico.
- ZULOAGA MANUECO. — Medios eutócicos.

MANUALES Y TRATADOS

- MÁRQUEZ. — Oftalmología.
- LÓPEZ DURÁN. — Cirugía ortopédica.
- MARANÓN, TAPIA (M.) y RUIZ FALCO. — Enfermedades infecciosas.
- TAPIA. — Oto-rino-laringología.
- JUARROS (C.). — Guía médica de la nueva Ley de Reclutamiento.

TRADUCCIONES

ANATOMÍA

Tratado de Anatomía topográfica para médicos y estudiantes, por H. K. Corning. Un tomo.

CIRUGÍA

Manual de Cirugía infantil, por E. Kirmisson. Un tomo.

Tratado de Cirugía general para médicos y estudiantes, por E. Lexer. Dos tomos.

Tratado de operaciones quirúrgicas en forma de observaciones clínicas para médicos y estudiantes, por F. Krause. Seis tomos. Publicados el I y II.

Pequeña Cirugía práctica, por Th. Tuffier y P. Desfosses.
Un tomo.

El periodo post-operatorio, por Salvá Mercadé. Un tomo.

DERMATOLOGÍA, UROLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

Tratado de la blenorragia y de sus complicaciones, por Georges Luys. Un tomo.

Consultas dermatológicas, por L. Brocq y Cl. Simon. Un tomo.

Elementos de Dermatología, por L. Brocq y L. Jacquet. Cinco tomos.

Diagnóstico de la sífilis por el método biológico, por P. Mulzer. Un tomo.

Higiene del sífilítico, por H. Bourges. Un tomo.

El microorganismo de la sífilis, por Levy-Bing. Un tomo.

Atlas de las enfermedades de la piel, por E. Jacobi. Dos tomos.

Tratamiento de la sífilis con el dioxidiamidoarsenobenzol, por Wechselsmann. Un tomo.

Tratado de las enfermedades de las vías urinarias, por A. Pousson. Un tomo.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas, por G. Kühnemann. Un tomo.

Los métodos de inmunodiagnóstico e inmuniterapia, por J. Citrón. Un tomo.

Tratado de los métodos de investigación clínica, por T. Brugsch y A. Schittenhelm. Un tomo.

FISIOLOGÍA

Tratado de Fisiología humana, con especial aplicación a la práctica médica, por L. Landois. Dos tomos.

HIGIENE, MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

La Bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas consideradas desde el punto de vista especial de la inmunidad, por W. Kolle y H. Hetsch. Nueva edición en un tomo.

Higiene de la infancia, por G. Variot. Un tomo.

Higiene en las escuelas y guía práctica de su médico-inspector, por L. Dufestel. Un tomo.

Higiene del neurasténico, por Gilbert Ballet. Un tomo.

Higiene de los tuberculosos, por A. Chuquet. Un tomo.

Higiene escolar, por Delobel. Un tomo.

Higiene general de la digestión, por G. Linossier. Un tomo.

Higiene especial de las dispepsias, por G. Linossier. Un tomo.

Nuevos elementos de higiene, por Julio Arnould. Dos tomos en tela.

Manual de Higiene y Bacteriología sanitaria, por Carl Flügge. Dos tomos en tela. Idem en rústica.

Elementos de microbiología clínica, por E. Bezançon. Un tomo.

Nociones de Parasitología, por E. Brumpt. Un tomo.

MEDICINA INTERNA

Clínica de la tuberculosis, por B. Bandelier y O. Roepke. Un tomo.

Tratado de las enfermedades del estómago, por Hans Elsner. Un tomo.

La Medicina de urgencia, por C. Oddo. Un tomo.

Tratado de Medicina interna, por L. Mohr y R. Staehelin (en publicación). Doce tomos. En pasta valenciana o en rústica.

Tablas para el diagnóstico diferencial de las enfermedades internas, por I. Cemach. Un tomo.

Teoría y práctica de la Medicina interna, por E. Kindborg. Tres tomos.

Úlcera y cáncer del estómago, por A. Mathieu. Tres tomos.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Introducción a la Clínica psiquiátrica, por E. Kraepelin. Un tomo.

Diagnóstico topográfico de las enfermedades del cerebro y de la medula, por R. Bing. Un tomo.

Manual de Neurología ocular, por F. de Lapersonne y A. Cantonnet. Un tomo.

Neurología práctica, por M. Lewandowski. Un tomo.

Tratado de Psiquiatría, por E. Regis. Un tomo.

OBRAS ENCICLOPÉDICAS

Enciclopedia completa de Farmacia, por J. Moeller y H. Tohms. Diez y seis o más tomos.

Enciclopedia de Ciencias médicas, por Brisaud, Pinard y Reclús. Trece tomos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Tratado de Ginecología médico-quirúrgica, por L. Faure y A. Siredey. Cuatro tomos en tres volúmenes.

Menstruación y fecundación (Fisiología y Patología), por A. Auvard. Un tomo.

Programa para un curso de Obstetricia, por A. Döderlein. Un tomo.

OFTALMOLOGÍA Y OTO- RINO-LARINGOLOGÍA

Tratado de Oftalmología, por T. Axenfeld. Un tomo.

Oto-rino-laringología del médico práctico, por G. Laurens. Un tomo.

Práctica oftalmológica para médicos no especialistas, por K. Birkatiser. Un tomo.

PATOLOGÍA GENERAL

Tratado de Hematología, por Gilbert y Wessberg. Dos tomos. Publicado el I.

PEDIATRÍA

Doscientas consultas médicas sobre enfermedades de los niños, por Comby. Un tomo.

Tratado de enfermedades de la infancia, por O. Heubner. Dos tomos.

Los niños de pecho, por A. Zerwer. Un tomo.

TERAPÉUTICA, FARMA- COLOGÍA Y DIETÉTICA

Dietética de las enfermedades internas, por T. Brugsch. Un tomo.

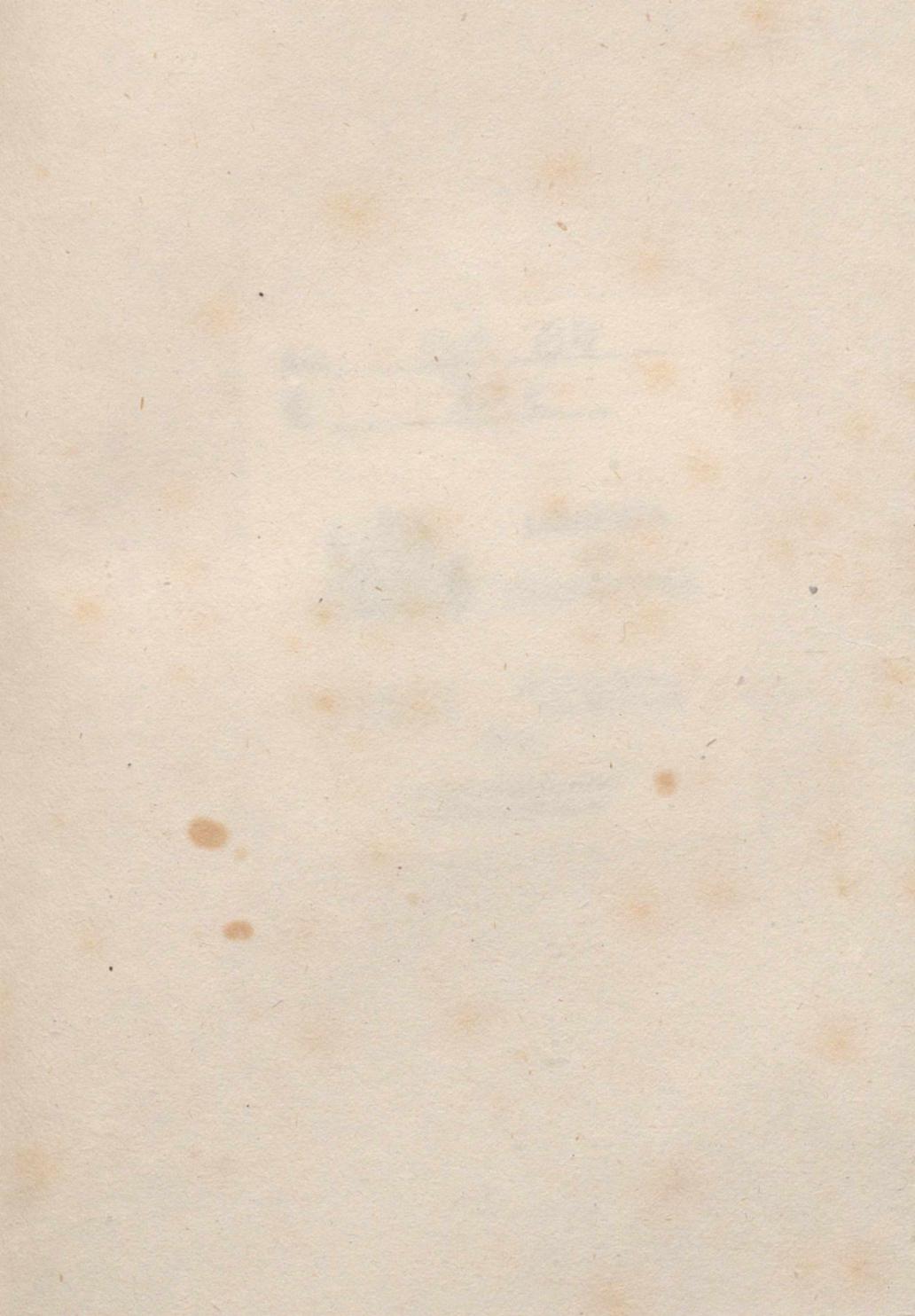
Nuevo formulario magistral de Terapéutica clínica y de Farmacología, por O. Martín. Un tomo.

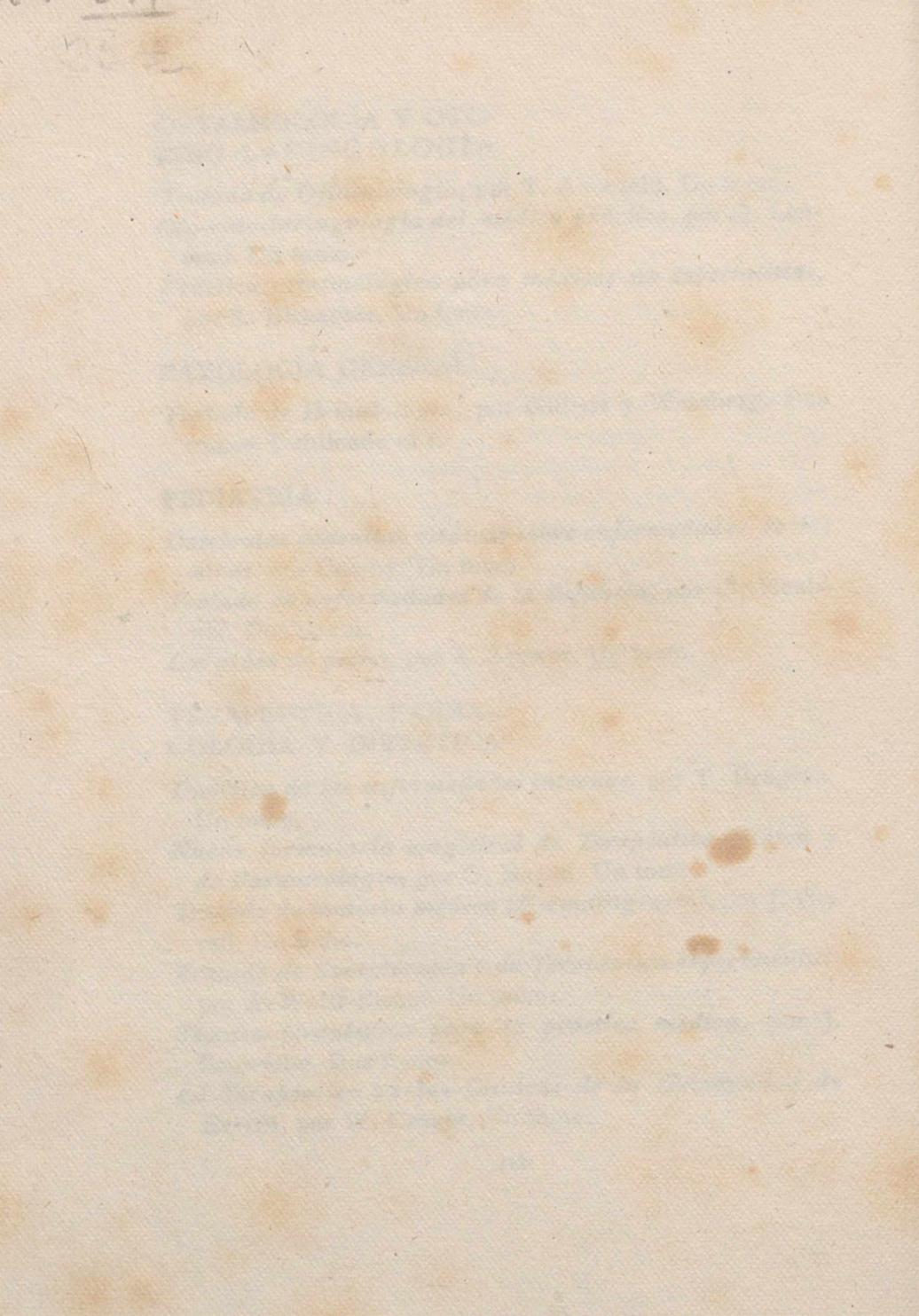
Tratado de materia médica (Farmacografía), por J. Herail. Un tomo.

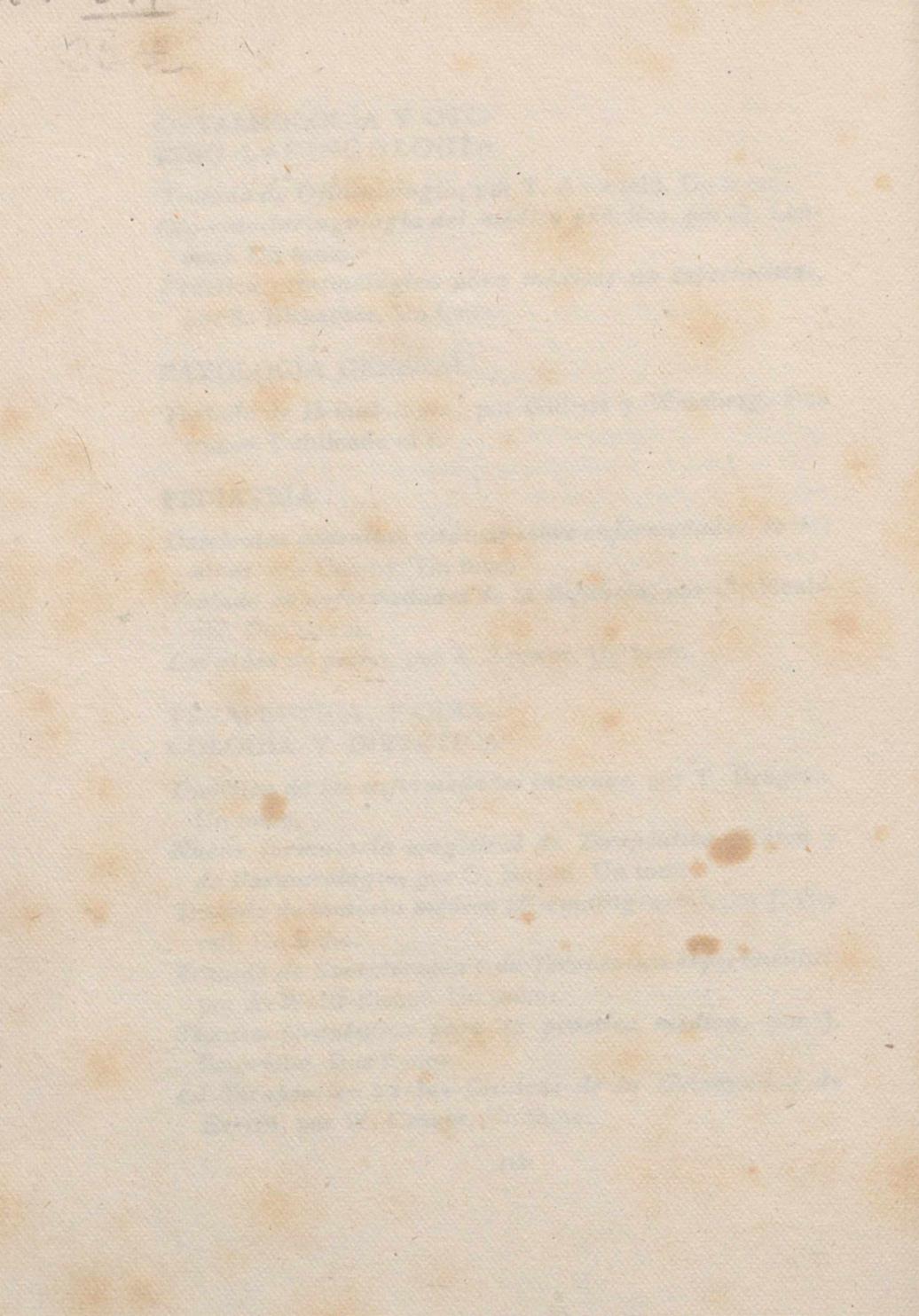
Tratado de Sueroterapia y de Terapéutica experimental, por A. Wolff-Eisner. Un tomo.

Técnica terapéutica para la práctica médica, por J. Schwalbe. Dos tomos.

La Terapéutica en las Clínicas de la Universidad de Berlín, por W. Croner. Un tomo.







OBRAS PUBLICADAS

- DR. GÓMEZ OCAÑA. — El sexo, el hominismo y la natalidad.
- DRS. FERNÁNDEZ SANZ Y MESONERO ROMANOS. — Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula.
- DRS. MERKLEN Y HEITZ. — Métodos de examen del corazón.
- DRS. MERKLEN Y HEITZ. — Métodos de examen del corazón. — El ritmo cardíaco.
- DR. MARAÑÓN. — Nuevas orientaciones sobre la patogenia y tratamiento de la diabetes insípida.
- DRS. J. Y S. RATERA. — Röntgenerapia profunda.
- DR. JUARROS. — Tratamiento de la morfinomanía.
- DR. VITAL AZA. — Tratamiento de las anexitis.
- DR. G. LEOZ. — Queratitis agudas de mayor gravedad y queratitis parasitarias de más reciente estudio.
- DR. S. PASCUAL. — La constante de Ambard y su valor clínico.

PRÓXIMAS A PUBLICARSE

- DRS. FERNÁNDEZ SANZ Y RAUL MONTAUD. — Diagnóstico topográfico de las enfermedades del cerebro.
- DR. VALLE ALDABALDE. — La psicoterapia del médico práctico.
- DR. FERNÁNDEZ SANZ. — Tratamiento de las psiconeurosis.
- DR. CALANDRE. — Anatomía y fisiología clínicas del corazón.
- DRS. BRAVO Y ALONSO MUÑOYERRO. — Trastornos producidos por la alimentación en los niños de pecho.
- DR. MARAÑÓN. — Semeiología general en Endocrinología.
- DR. SANCHÍS BANÚS. — La fiebre y su tratamiento.
- DR. GONZÁLEZ CAMPO. — La úlcera gástrica: su diagnóstico y tratamiento.
- DR. MAS Y MAGRO. — Índice leucocitario y su valor clínico.
- DR. CIFUENTES. — El método operatorio de la derivación urinaria y sus aplicaciones terapéuticas.
- DR. POBLACIÓN. — La esterilidad en la mujer y su tratamiento.

G61079

MILNE DENTON ALEXI'S