

También se observa con relativa frecuencia que el pabellón se ha obturado, porque su circunferencia se ha adherido á las paredes de la pelvis; en estos casos la unión del pabellón al peritoneo parietal puede realizarse en cualquier período de la evolución del cierre espontáneo de la trompa, quedando, por tanto, su orificio más ó menos permeable; casi siempre esta forma de obturación se encuentra hacia el fondo de Douglas, en donde aparece la trompa adherida como una ventosa.

Finalmente, puede encontrarse obstruido el pabellón por estar englobado en masas de falsas membranas y exudados peritoníticos, que forman á su alrededor como una argamasa; cuando ésta se destruye ó separa, todavía puede encontrarse un pabellón relativamente íntegro y aun susceptible de una reparación más ó menos perfecta.

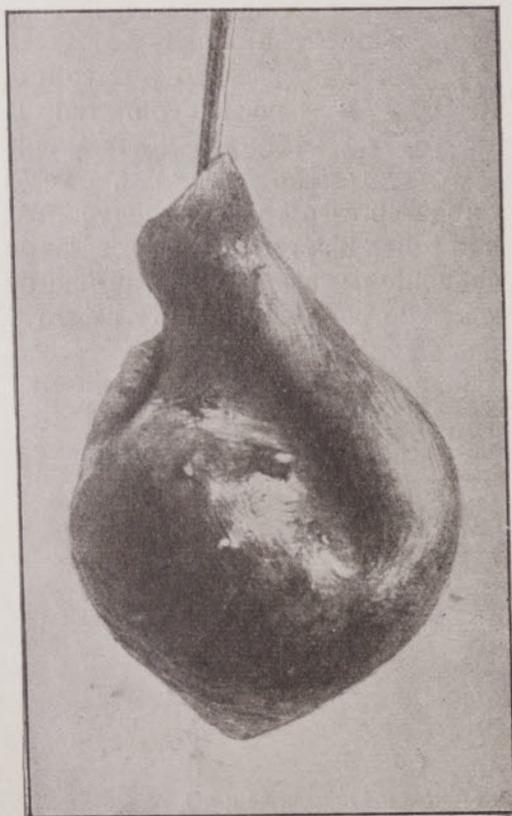


FIG. 224

Pyo-salpinx sin gran abultamiento, adherido y confundido con el ovario.

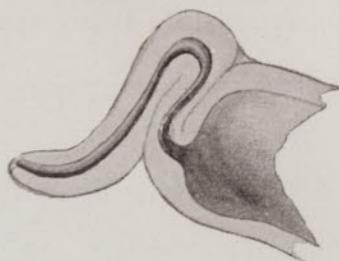


FIG. 223

Obliteración mecánica del orificio interno (REYMOND).

El *orificio uterino* presenta más bien una obstrucción mecánica que anatómica. Landau, Rokitansky y cuantos se han ocupado en el asunto, hacen constar la rareza de una verdadera obliteración; Raymond consigna que en 94 trompas quísticas cuidadosamente examinadas no halló un sólo caso de verdadera obliteración anatómica.

El mecanismo de obturación es, por tanto, indirecto y debido á varias causas. La mucosa, engrosada á causa de la inflamación, obstruye la luz de la trompa por yuxtaposición de sus paredes; la esclerosis y endurecimiento de las paredes de la trompa mantiene esa obstrucción. Más que esta causa, influyen las acodaduras y nudosidades que presenta la trompa en su desembocadura en el útero; dichas acodaduras forman con frecuencia varios ángulos, tanto que Raymond cita el caso de una trompa que, cortada sobre su eje, interesó tres veces el conducto salpingiano; el edema de la mucosa y la presión misma del contenido de la trompa bastan para que obren las acodaduras como válvula y el

desagüe quede interrumpido. Las acodaduras (fig. 223) son debidas á las des-

viaciones patológicas que el órgano sufre al prolapsarse en el fondo de Douglas ó al dislocarse hacia arriba ó adelante, desviaciones favorecidas por la disposición especial de la trompa en el sitio que ocupa; también influyen, como lo

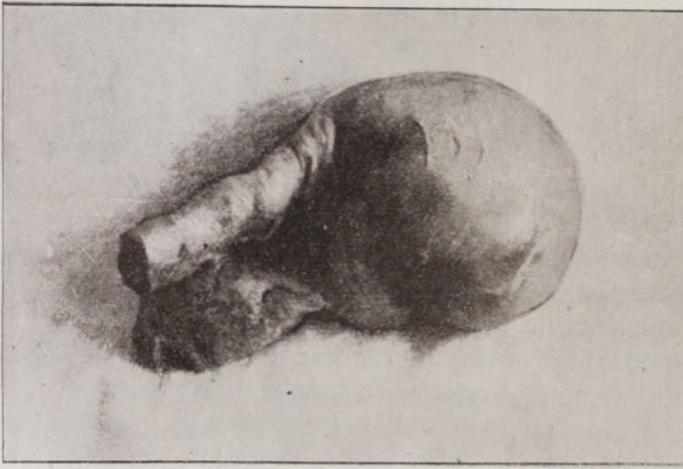


FIG. 225

*Pio-salpingitis del extremo ampular de la trompa.
El ovario debajo y á la izquierda.*

desviarla; conviene mucho tener en cuenta estas *nudosidades istmicas*, á veces empotradas en el mismo cuerno uterino, y que se presentan con su mayor frecuencia en la salpingitis blenorragica, en la tuberculosa y aun en los casos de miomas. A veces, siendo la trompa perfectamente permeable y con alguna de las condiciones apuntadas, no evacúa su contenido por ser éste muy espeso y grumoso y no poder atravesar el orificio.

Obturada la trompa por sus dos extremos, se forma una cavidad de retención más ó menos grande, cuyo contenido puede ser muy variable, originando, según contenga pus, serosidad ó sangre, un pio-salpinx, un hidro-salpinx ó un hemato-salpinx. Dado el mecanismo de obturación del orificio interno, se comprende que habrá casos, aunque raros, en los que la retención será intermitente, porque el contenido de la trompa puede evacuarse des-



FIG. 226

Pio-salpinx (mitad del tamaño natural).

(1) JAYLE: *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 384.

hacen constar Sanger Wite y otros, algunas anomalías que forman acodaduras congénitas; las nudosidades de la trompa, tanto si son de origen flogístico como adenomiatoso, tan bien estudiadas por Jayle (1), pueden ser causa indirecta de la obturación del orificio interno, pues á pesar de encontrarse en la capa muscular, y más bien hacia el peritoneo, pueden comprimir la trompa y sobre todo

apareciendo el quiste para formarse nuevamente; es una de las formas de la salpingitis quística; pero, por lo común, obturados ambos orificios, queda constituida la salpingitis quística de un modo permanente.

PIO-SALPINX.—La forma del quiste tubárico purulento, aunque presentando un tipo general, es sumamente variable. Por lo común es hacia la extremidad ampular ó abdominal que domina la dilatación; obturado el pabellón por cualquiera de los mecanismos anteriores, el tercio externo de la trompa suele ser el más dilatado, estrechándose, por regla general, hacia la extremidad interna, que no es raro verla de volumen normal, en tanto hacia fuera existe una gran dilatación (figs. 224 y 225). Algunas veces tiene la trompa su longitud normal, pero muy frecuentemente se encuentra alargada midiendo el doble de su longitud y aun más, en cuyo caso se incurba sobre sí misma, pareciéndose perfectamente á una morcilla, en cuya concavidad se encuentra el ovario; la dilatación

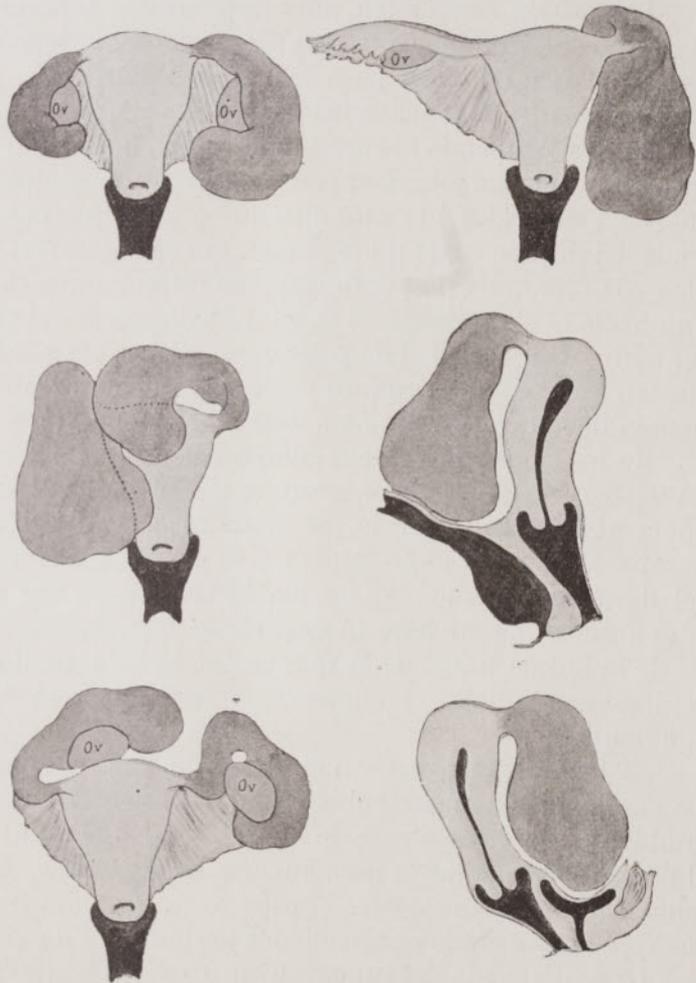


FIG. 227

Algunas de las distintas posiciones de la trompa quística con relación al útero.

empieza en el istmo y va aumentando hasta el pabellón (fig. 226). Otras veces la trompa, más ó menos abultada, se presenta flexuosa en zis-zás; otras forma como un tirabuzón, sobre todo hacia su extremidad interna; otras presenta dilataciones parciales como verdaderas abolladuras, y casos hay en que la dilatación quística está limitada al tercio externo, siendo más raro que se la encuentre limitada en otro punto de la trompa (lámina IX).

En cuanto á volumen, es asimismo sumamente variable: unas veces es como una almendra, otras como una mandarina ó una naranja, no siendo raro

que llegue á adquirir el volumen del puño. Se citan casos que contenían varios litros de líquido; he visto varios con 200 y 300 gramos de pus, y recuerdo un ejemplar en el que la derecha contenía unos dos litros de líquido sero-purulento y la izquierda un litro de pus cremoso. El tamaño corriente oscila entre el de una pera pequeña, para las formas más ó menos redondeadas, y el de una salchicha común para las formas alargadas.

La posición es también muy caprichosa; generalmente se extiende desde el cuerno del útero hacia la fosa ilíaca con el extremo abdominal encorbado hacia el fondo de Douglas, para las formas alargadas; para las redondeadas, es común encontrarlas inclinadas hacia atrás y más ó menos inmediatas al fondo de Douglas, ocupando la cara posterior del ligamento ancho, en donde se encuentran como empotradas; pero no es raro encontrarlas en posiciones extrañas, bien adheridas á la cara anterior ó posterior del útero, bien cubriendo el fondo del órgano como un casquete; ora se encuentra una en el fondo de Douglas y la otra que está por encima del estrecho superior; ora ambas se encuentran hacia lo alto, tocándose la de un lado con la del otro por encima del cuerpo del útero. Esta variedad de posiciones cambia para cada caso las relaciones que puedan tener con los órganos vecinos, y se comprende fácilmente que puedan, cuando tienen cierto volumen, desviar el útero en uno ú otro sentido (fig. 227).

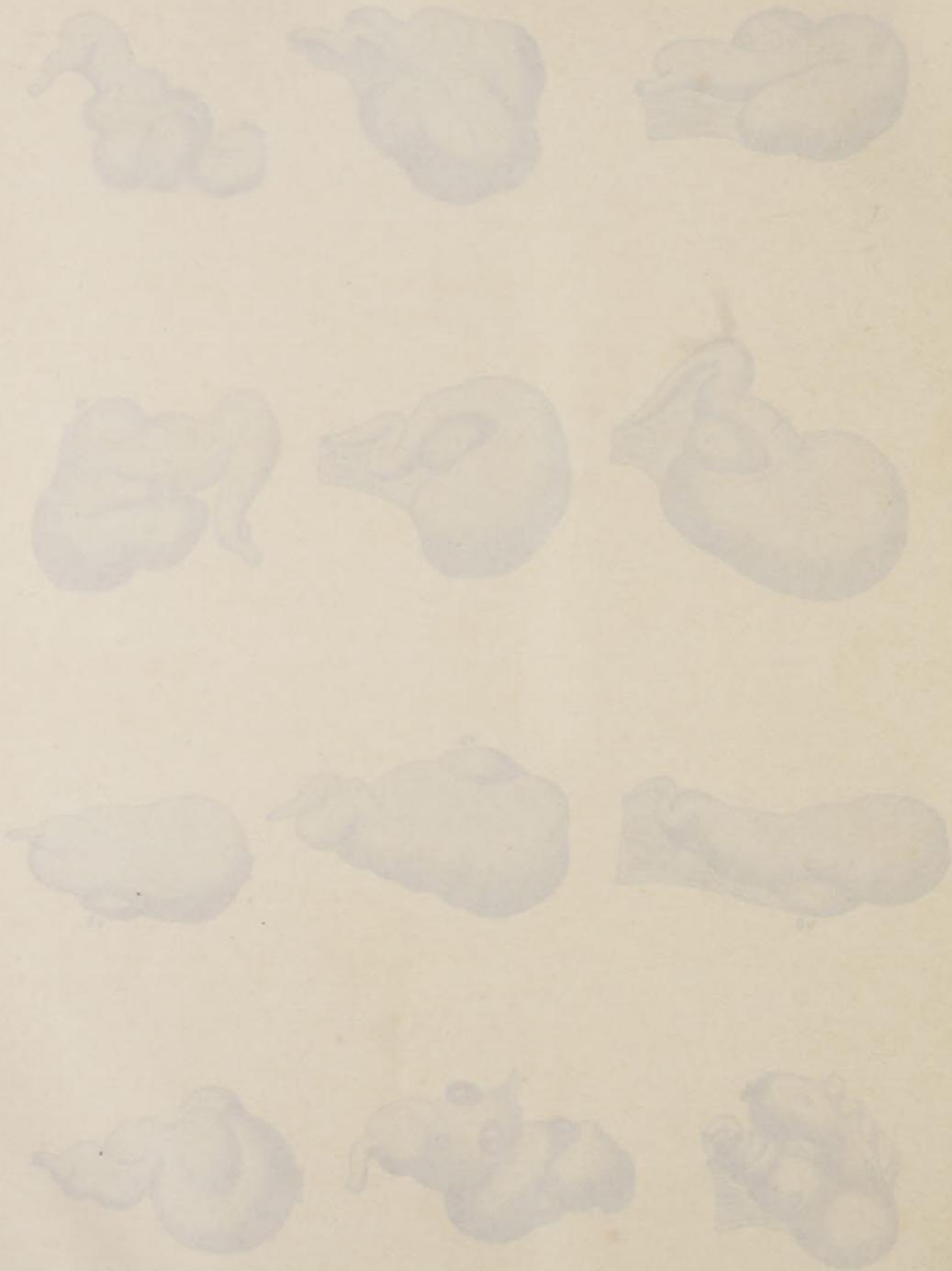
En los casos simples, sin complicaciones, se presenta la trompa aislada de los tejidos y órganos vecinos, sujeta tan sólo por el meso-salpinx que la retiene unida al ligamento ancho. Se citan casos, aunque muy raros, en los que la trompa desplegó el meso-salpinx y se presentaba como empotrada en el espesor del ligamento ancho. No he tenido ocasión de ver ninguno de estos hechos, pues alguno que me pareció sospechoso, bien analizado resultó que á consecuencia de la íntima unión de la trompa con la hoja peritoneal de la cara posterior del ligamento ancho, al querer enuclearla, rasgué dicha hoja y penetré en el ligamento.

El color de la trompa en el pio-salpinx es sumamente variable: de un color rosado, más ó menos subido, cuando recientes flogosis la han congestionado, también puede presentarse de un color casi análogo al peritoneo normal, cuando el pus, después de larga permanencia en la trompa, se ha hecho estéril, y por tanto, sin flogosis recientes. El aspecto de la trompa quística resulta con frecuencia enmascarado por exudados peritoneales de que hablaré más adelante.

La consistencia del tumor quístico es tan variable como su coloración; en ocasiones dura y tensa, preséntase á veces bastante blanda y depresible.

Las paredes ofrecen un grosor variable y no siempre uniforme; generalmente son más delgadas hacia la extremidad del pabellón que hacia el extremo interno. En unos casos son bastante delgadas, de uno á dos milímetros, en otros llegan á medio centímetro de grosor. Resistentes unas veces y friables otras, ofrecen una contextura variable, según predominen unos ú otros elementos. La capa muscular, á veces muy engrosada, se presenta bastante lisa, y si bien en la región del pabellón las franjas suelen conservar su dibujo, se hallan aplastadas y distendidas; el epitelio suele estar más alterado, encontrándose zonas descamadas y cubiertas de epitelio cúbico, efecto de la presión del contenido; las pestañas vibrátiles se han perdido casi siempre; alguna vez el borde de una franja se ha adherido á la mucosa, limitando un espacio cerrado, también lleno

LAMINA IX



Differentes formas de vesícula biliar (HALLER)

que llegan á adquirir el volumen del puño, se citan casos que contienen varios litros de líquido; he visto varios con 200 y 300 gramos de pus, y observado un ejemplar en el que la cavidad contenía unos dos litros de líquido semi-purulento y la membrana que cubre la pars interna. El tamaño corriente oscila entre el de una pera pequeña para las formas más ó menos redondeadas, y el de una salchicha frágil para las formas alargadas.

La posición es muy caprichosa; generalmente se extiende desde el ombligo del paciente hasta la línea ilíaca con el extremo abdominal encorvado hacia el fondo de la vagina, para las formas alargadas, para las redondeadas, se extiende siempre por las paredes hacia atrás y más ó menos inmediatas al fondo de la vagina, pasando la cara posterior del ligamento ancho, en donde se encuentra á veces engrosada; pero no es raro encontrarlas en posiciones extraordinarias extendidas á la cara anterior ó posterior del útero, bien cubriendo el fondo del cuerpo ó en un cuádrante; ora se encuentra una en el fondo de la vagina y la otra que está por encima del estrecho superior; con ambas se encuentran á veces en otro, formando la de un lado con la del otro por encima del cuerpo del útero. Esta variedad de posiciones cambia para cada caso los resultados que pueden hacer con los órganos vecinos, y se comprueba fácilmente que pueden perder ó ganar cierto volumen, desviar el útero en uno ú otro sentido, etc.

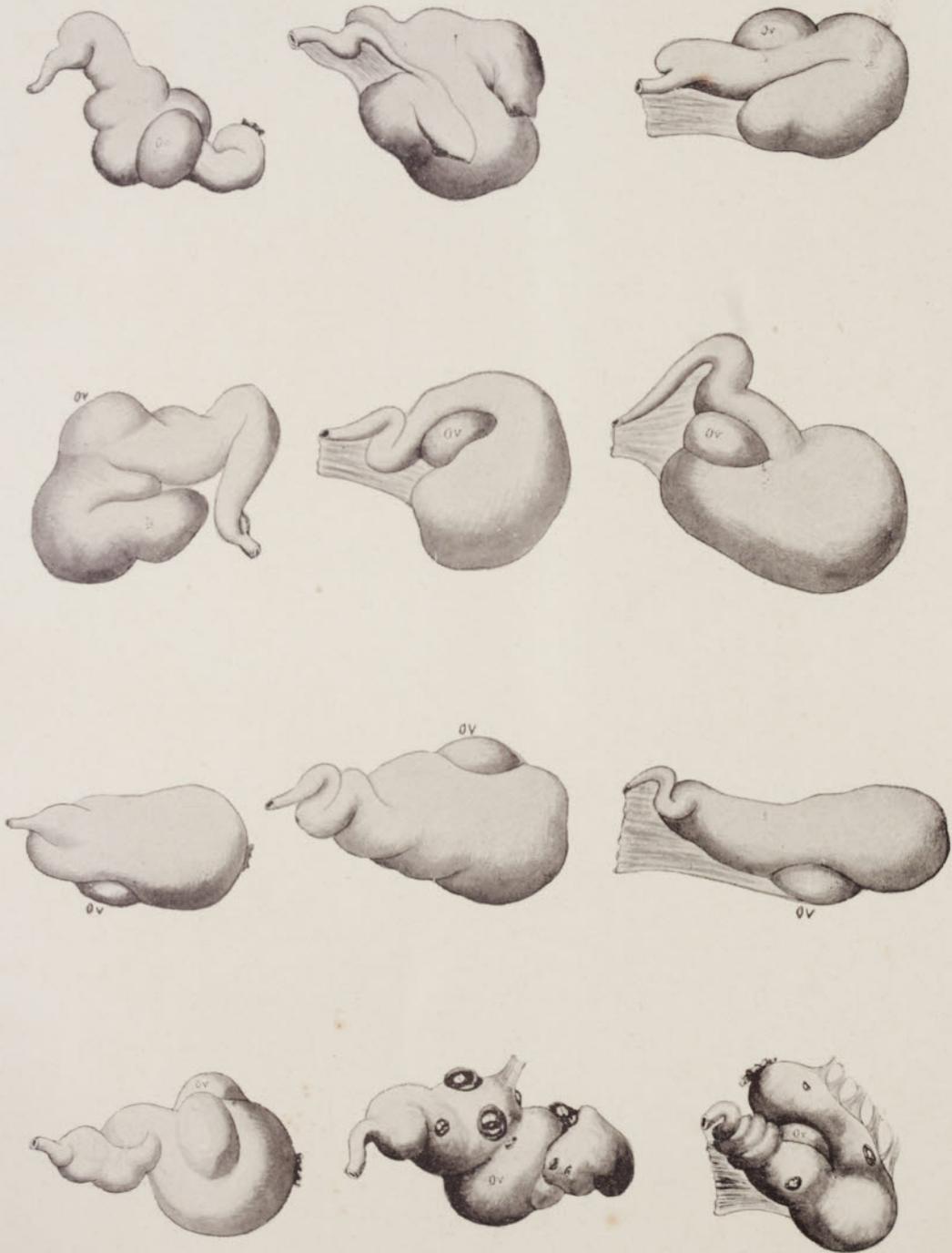
En los casos simples, sin complicaciones, se presenta la trompa sujeta de los ovárculos y órganos vecinos, sujeta sin más que el meso-salpinx que la sostiene hacia el ligamento ancho. Se citan casos, aunque muy raros, en los que la trompa desplaza el meso-salpinx y se presenta como sujeta en el espesor del ligamento ancho. No he tenido ocasión de ver ninguno de estos hechos, pues ninguno que me pareció sospechoso, bien analizado resultó que á consecuencia de la íntima unión de la trompa con la hoja peritoneal de la cara posterior del ligamento ancho, al querer moverla, rasgué dicha hoja y puse en el ligamento.

El color de la trompa en el pie-salpinx es sumamente variable; de un color rosado, más ó menos subido, cuando recientes flogosís la han congestionado, también puede presentarse de un color casi análogo al peritoneo normal, cuando el pus, después de larga permanencia en la trompa, se ha hecho escaso, y por tanto, sin flogosis recientes. El aspecto de la trompa que está rodeada por la hoja peritoneal sumamente por exudados peritoneales de que hablo en otro artículo.

La consistencia del tumor quístico es tan variable como el contenido; en condiciones duras y tensas, preséntase á veces bastante blanda y á veces

Las paredes ofrecen un grosor variable y un color rojo oscuro; generalmente son más delgadas hacia la extremidad del pedículo que hacia el extremo interno. En unos casos son bastante delgadas, de uno á dos milímetros, en otros llegan á medio centímetro de grosor; las primeras más veces y frías ó tras, ofrecen una contextura variable, según predominan unas ó otras elementos. La cara externa, á veces muy engrosada, se presenta bastante lisa, y si bien en la región del pedículo las frías suelen conservar su dibujo, se hallan aplanadas y distendidas; el epitelio suele estar más alterado, encontrándose zonas desnudas y cubiertas de epitelio cúbico, efecto de la presión del contenido; las paredes vibrátiles se han perdido casi siempre; alguna vez el borde de una fría se ha adherido á la mucosa, limitando un espacio cerrado, también lleno

LÁMINA IX



Diferentes formas de salpingitis quística (FAURE).

Ov, ovario.

de pus, que forma como una cavidad secundaria. La túnica muscular está engrosada, dominando unas veces el tejido muscular y otras el conjuntivo, aunque, por regla general, en las pio-salpingitis antiguas el tejido conjuntivo suele ahogar al muscular de manera que la trompa parece esclerosada. La túnica peritoneal se presenta con frecuencia engrosada, aunque muy á menudo el engro-



FIG. 228

Salpingitis tuberculosa (corte transversal en la parte media).

P, pared muscular de la trompa. — *M*, mucosa hipertrofiada con nódulos tuberculosos.
T, las franjas han desaparecido, quedando sólo restos cubiertos de epitelio en *F*.

(Aumento 20 diámetros.)

samiento no es debido á una hipertrofia de la túnica, sino á exudados superpuestos en virtud de peri-salpingitis repetidas.

El pus ofrece aspecto variable, pues si bien por regla general es un pus espeso y loable, otras veces es seroso ó filamentosos, de color amarillo ó verdoso y en ocasiones espeso y mantecoso, pudiendo llegar á presentarse endurecido y hasta por rareza calcificado, como si formara un verdadero cálculo salpingiano. El hecho más importante es que con gran frecuencia, según ya queda dicho, el

pus del pio-salpinx es completamente estéril; este fenómeno tiene gran importancia clínica, pues nos explica la benignidad, que se había comprobado repetidas veces desde las primeras y atrevidas operaciones de Lawson-Tait, del contacto del pus derramado de la trompa, durante el acto operatorio, con el peritoneo.

Es difícil, por no decir imposible, cuando el pus es estéril, clasificar por el solo aspecto anatómico una pio-salpingitis, con referencia á su origen microbiano. El pus francamente caseoso suele ser de origen bacilar, así como el es-

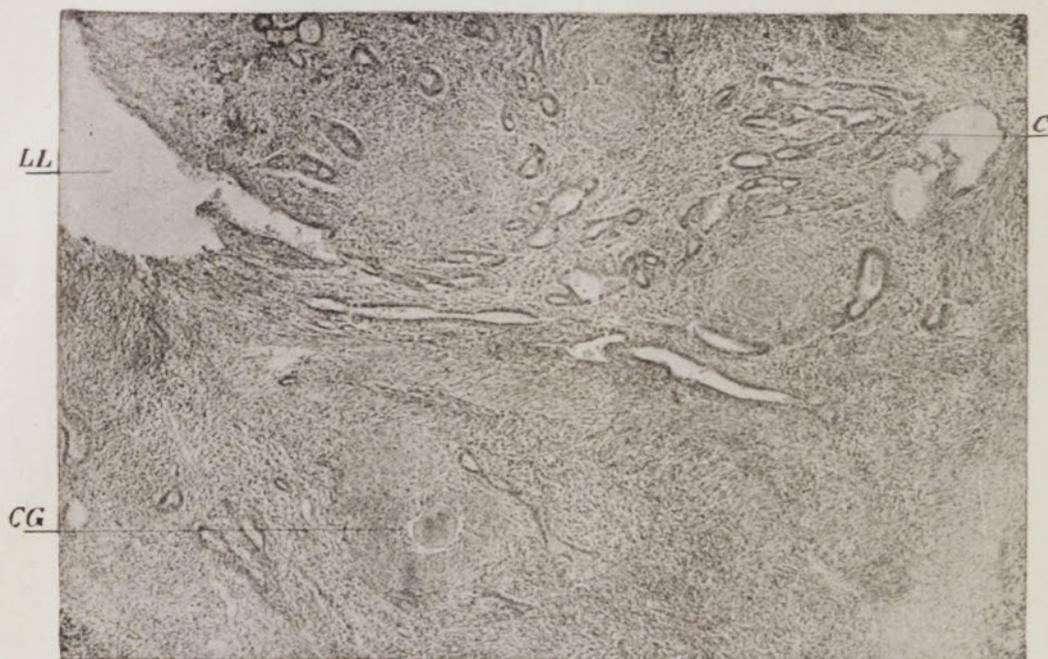


FIG. 229

Salpingitis tuberculosa. Franjas adheridas ó fusionadas; epitelio aplanado ó desaparecido y sin pestañas.

LL, luz de la trompa. — C, cavidades formadas por las soldaduras de las franjas. — CG, célula gigante.

(Aumento 120 diámetros.)

treptocócico es más loable y más seroso el gonocócico; pero estos pequeños matices se confunden fácilmente, y si el examen microbiológico no puede resolver la duda, nos quedamos casi siempre en la incertidumbre. Clínicamente, la existencia de células gigantes en el pus ó en las paredes de la trompa (figs. 228 y 229) puede aclarar la cosa por lo que respecta á la salpingitis tuberculosa. El aspecto de las lesiones macroscópicas tampoco ofrece caracteres decisivos, pues si bien es cierto que en la de origen puerperal el útero suele estar engrosado y las lesiones de vecindad más acentuadas, nada ofrecen de verdaderamente característico; las tuberculosas lo mismo pueden presentarse completamente aisladas y libres, según tienen tendencia á hacerlo las gonocócicas, que confundidas con los órganos vecinos por adherencias y pseudo-membranas, como suelen

hacerlo las de origen estreptocócico ó puerperal. Cuando fracasa el análisis microbiano y la pieza no presenta lesiones características (fig. 230), vale más, para dilucidar su naturaleza, la anamnesis y el estudio clínico del desarrollo de la afección que el examen anatómico.

Las lesiones en la pio-salpingitis son con gran frecuencia bilaterales, pero no siempre; y cuando lo son, no se presentan con igual grado de desarrollo, sino en formas variadas, no siendo raros los casos en que de un lado existe una pio-salpingitis exuberante y del opuesto sólo existe una forma cualquiera de salpingitis simple ó una hidro-salpingitis.

HIDRO-SALPINGITIS.—En la hidro-salpingitis el volumen es tan variable como en la pio-salpingitis quística, aunque por lo común no es tan acentuado.

La forma no presenta cambios tan raros como la pio-salpingitis, y por regla general conserva más una forma alargada con mayor amplitud hacia el pabellón, y presentando por lo tanto menos deformación de la que ofrece el quiste tubárico purulento.

La situación no suele ofrecer las rarezas de la pio-salpingitis, sino que por lo común ocupa la trompa una posición más próxima á la normal, aunque con frecuencia hay que buscar la cavidad hidro-salpingítica hacia el fondo de Douglas y la parte posterior del ligamento ancho.

La coloración suele ser de un rosado pálido, mucho más parecida al color normal del órgano que la que presenta la pio-salpingitis; en conjunto deja vislumbrar cierta transparencia.

La consistencia es muy variable, pero es raro que llegue á ofrecer la resistencia dura que presentan muchas pio-salpingitis.

Las paredes son por lo común muy delgadas (un milímetro y á veces menos), y en algunos puntos llegan á ser transparentes; se desgarran con facilidad á causa de su delgadez, pero á pesar de ella son, por lo general, poco friables. Las alteraciones histológicas de la pared son de menor cuantía que en el pio-salpinx: el epitelio no siempre ha desaparecido, sino que, por el contrario, no es raro encontrar grandes islotes en que conserva su forma cilíndrica con pestañas vibrátiles. Las franjas del pabellón, aunque desplegadas y distendidas, suelen conservarse mejor dibujadas, formando como una estrella en el extremo abdominal, cualquiera que haya podido ser el mecanismo de su obturación. La capa muscular, aunque adelgazada y disociada, posee generalmente fibras mus-



FIG. 230

Salpingitis tuberculosa.

culares íntegras, y la capa peritoneal se ofrece casi siempre con la lisura y brillo del peritoneo normal (figs. 231, 232 y 233).

El contenido del hidro-salpinx es por regla general perfectamente seroso y transparente, casi acuoso; otras veces es algo mucoso y filamentososo, y otras es de color citrino más ó menos subido.

Con mayor frecuencia todavía que en la pio-salpingitis, las lesiones son bilaterales, si bien su grado de desarrollo es distinto.

El orificio uterino raras veces está obturado más que de una manera mecánica, y por el contrario, se han encontrado casos en que más bien ofrece dilatación, los que dan lugar á la hidro-salpingitis *profluente*, que de vez en cuando



FIG. 231

Hidro-salpingitis (mitad del tamaño natural).

se vacía hacia el útero, originándose una leucorrea acuosa y periódica, á veces muy sensible.

La etiología y patogenia de la hidro-salpingitis es todavía bastante oscura y discutible. Bland-Sutton y Sweiffel opinan que la pio-salpingitis, cuando es muy antigua y el pus se ha hecho estéril, puede convertirse en hidro-salpingitis. Se funda Bland-Sutton en que á veces se encuentra á un lado pio-salpingitis, en tanto que en el otro existe hidro-salpingitis, y en que se han observado casos que hacia la ampolla del pabellón están llenos de serosidad y en cambio presentan pus hacia la extremidad uterina. Realmente muchos autores aceptan esta interpretación, pero es difícil explicar por qué mecanismo el pus se convierte en un líquido citrino acuoso y transparente, siendo así que lo que sabemos de las colecciones supuradas enquistadas es que puede el pus espesarse, concretarse y aun caseificarse. Tampoco es fácil comprender cómo las lesiones anatómicas de la pared tubárica se convertirían en una membrana transparen-

te y delgada como una hoja de papel, según se presentan con frecuencia en la hidro-salpingitis.

De aquí que parece más natural atribuir otro origen á la hidro-salpinx y pensar con Menge, Dorderlein y otros que pueden tener un origen microbiano ó no microbiano. En el primer caso, una salpingitis usual gonorreica, por ejemplo, ó puerperal, pasaría el primer período de agudeza ó purulento antes de obturarse el pabellón: pero el proceso de obturación iniciado seguirá adelante



FIG. 232

Hidro-salpinx (corte cerca del orificio uterino). Franjas libres en gran parte. Infiltración celular del corión mucoso y epitelio alterado en algún sitio.

(Aumento 25 diámetros.)

hasta su terminación, quedando entonces la salpingitis reducida á una flogosis catarral con hipersecreción de la mucosa, que iría aumentando por la obturación establecida ya en ambos orificios.

O bien sin previa invasión microbiana endo-salpingítica, cualquiera causa que produjera la obturación del pabellón podría ser origen de hidro-salpingitis si una ligera irritación ó congestión de la trompa mantenía en la mucosa un estado de hipersecreción. El pabellón puede obturarse sin infección endo-salpingiana; basta para ello una pelvi-peritonitis que obture el pabellón ó un estado irritativo en la trompa que conduzca al mismo resultado; lo primero puede tener lugar cuando una infección por vía linfática llega á la periferia y región externa de la trompa sin pasar por la mucosa; lo segundo por una irritación de la trompa de origen no microbiano, como ocurre en el embarazo extra-uterino y lo confirman la frecuencia de hidro-salpingitis coexistiendo con miomas

del útero sin antecedentes de infección. Una vez establecida la obturación del pabellón sin infección endo-salpingiana, fácilmente se comprende la acumulación de serosidad, si obran persistiendo las causas que en el capítulo de la etiología he mencionado como capaces de ocasionar lesiones salpingíticas sin la intervención de microorganismos.

Como el examen del contenido de la trompa en la hidro-salpinx es siempre negativo bajo el punto de vista microbiológico, de aquí que con respecto á su patogenia quedemos reducidos á hipótesis más ó menos fundadas, á pesar de

ser una afección de la trompa conocida desde muy antiguo. Se puede decir que en la mayoría de casos aparece evidente la historia de una infección genital, que induce á considerar la dolencia como de origen infeccioso; pero en cambio he analizado algunos en los que no aparece una anamnesis en tal sentido, y de aquí que me incline á creer que puede tener un origen microbiano y otro meramente irritativo, con mayor motivo teniendo en cuenta que ni las lesiones de la trompa ni su contenido ofrecen caracteres bastante distintivos para denunciar claramente una acción microbiana.

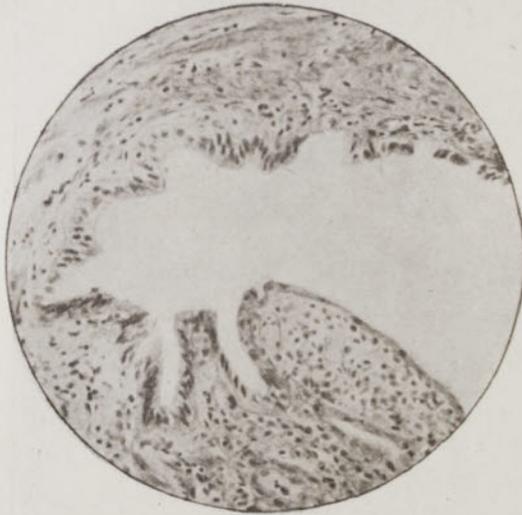


FIG. 233

Hidro-salpinx. El epitelio es plano en algún sitio y cilíndrico en otros, pero sin pestañas. Infiltración micro-celular de la mucosa, indicio de un proceso flogístico atenuado. (Parte de la fig. 232).

(Aumento 150 diámetros.)

serosidad. Es la forma más rara de quiste tubárico, y si tenemos en cuenta su origen, todavía más, puesto que son bien pocos los casos que merecen el verdadero calificativo de *salpingitis quística hemática*.

Se ofrece en análogas condiciones que los quistes purulentos ó serosos, sólo que el contenido es hemático y con caracteres distintos, según el origen. Pueden distinguirse tres formas de hemato-salpinx: la debida á atresias genitales, la producida por embarazo tubárico y la que es originada por una apoplejía de la trompa.

La hemato-salpinx debida á ginatresias se presenta sólo en las obstrucciones de la parte alta del conducto útero-vaginal; la obstrucción del pabellón se realiza por el efecto irritante de la sangre contenida en la trompa y que en parte se derrama hacia el abdomen. Las paredes suelen estar uniformemente engrosadas y el contenido es espeso, siruposo, sin coágulos y de color de café ó rojo obscuro.

La hemato-salpinx debida al embarazo tubárico es sin duda la más frecuente.

HEMATO-SALPINX. — La cavidad quística formada por la trompa puede encontrarse llena de sangre en vez de contener pus ni

Cuando era menos conocida que hoy la evolución del embarazo tubárico se diagnosticaban y extirpaban muchas trompas con el calificativo de hemato-salpinx, que no eran otra cosa que embarazos extra-uterinos; yo recuerdo en mis primeras operaciones en los anexos haber conceptuado como hemato-salpinx algunos casos que hoy tengo la evidencia que no eran más que embarazos tubáricos. Se conocen porque las paredes se hallan engrosadas de una manera irregular, encontrándose dentro de la cavidad varios coágulos y entre ellos uno más duro y con trozos organizados, ó bien en un sitio de la pared tubárica restos de un huevo adheridos por su corion á la mucosa salpingiana. En rigor, el estudio de la patogenia de estas dos formas debe hacerse con las anomalías de los anexos del útero. Bastará decir que si bien por su forma se parecen á las demás salpingitis, por su volumen suelen quedar siempre de un tamaño reducido, que en muy pocos casos alcanza el volumen del puño.

La verdadera hemato-salpinx se presenta como alteración propia de la trompa y en ella no se encuentra otra lesión que la de toda salpingitis quística; no existe ginatresia ni preñez tubárica ni neoplasia productora, pues las debidas á estas causas forman grupo aparte y figuran como complicación ó secuela de ciertas neoformaciones.

No está bien averiguado el origen de la sangre en el verdadero hemato-salpinx; algunos han creído era procedente de la rotura de un folículo de Graff de la zona ovárica empotrada en el pabellón, cuando éste está adherido al ovario; otros la han considerado como debida á un reflujo de la sangre menstrual desde el útero por contracciones antiperistálticas de este órgano; ambas teorías han tenido sus partidarios, pero ninguna está comprobada. Aunque no se conozca bien de qué manera se forma, parece más natural aceptar que por causas fortuitas procede la sangre del hemato-salpinx de hemorragias habidas en la misma trompa; prescindiendo de si existe ó no una infección tubárica, que explicaría fácilmente el fenómeno, lo cierto es que en los contados casos que se conocen y de los que se ha hecho un buen análisis, siempre se ha encontrado algo que explique las hemorragias de la mucosa salpingiana; bien una salpingitis anterior que, alterando la mucosa, ha facilitado la rotura de sus vasos en un período congestivo, bien la existencia de fungosidades flogísticas en algún sitio, y particularmente hacia la franjas; ora una anomalía de posición, que ocasiona dificultad en la circulación de retorno; ora una torsión del pedículo salpingiano, como un caso típico de Bland-Sutton, convertido por este mecanismo de hidro-salpinx en hemato-salpinx.

En los ensayos microbiológicos hechos hasta ahora el contenido del hemato-salpinx se ha encontrado estéril.

En general, el hemato-salpinx es de un sólo lado, lo que se comprende dada su patogenia, y hace creer que algunos que se han calificado de autóctonos eran debidos á embarazo extra-uterino que quedó desconocido.

Síntomas y diagnóstico.—Debe consignarse y quedar presente en el espíritu de todo ginecólogo, que puede existir una salpingitis completamente latente sin síntoma funcional ninguno que la denuncie y sin que la enferma presente en su anamnesis nada que recuerde semejante enfermedad. Estas formas larvadas, aunque no muy frecuentes, explican las complicaciones inesperadas

en ciertas operaciones ginecológicas y aun la aparición espontánea y sin causa evidente de síndromes genitales aparatosos y aun mortales, como ciertas peritonitis. Estas salpingitis larvadas no escapan, sin embargo, á un buen examen físico, y basta la certeza de este hecho para que el ginecólogo explore siempre la región de los anexos antes de tomar indicaciones determinadas; de esta manera descubrirá algunas veces lesiones salpingianas no sospechadas.

En la mayoría de casos, sin embargo, se presentan alteraciones bastante marcadas para poder trazar el síndrome del período de invasión y los fenómenos de la salpingitis crónica, pues si bien ésta se establece algunas veces de una manera sorda y lenta, es más frecuente que su aparición se manifieste por un cuadro bastante característico.

La invasión de la trompa por la flogosis se traduce por una sensación dolorosa profundamente situada en la fosa ilíaca del lado correspondiente; el dolor es á veces sordo y otras agudo y pungitivo. El dolor suele propagarse al hipogastrio. La micción, por regla general, es dolorosa. No es raro observar la existencia de una pequeña metrorragia ó de una menorragia si coincide con la regla.

Como fenómenos generales, se presenta astricción de vientre, náuseas y á veces vómitos, dificultad á los movimientos, puesto que con ellos se exacerban los dolores, escalofríos seguidos de fiebre, más ó menos alta, ó mayor frecuencia de pulso con algunas décimas á poco que la infección tenga cierta virulencia. Existe malestar general, postración é inapetencia.

Como precedente, existe alguno de los hechos mencionados al hablar de la etiología: un aborto, un puerperio, una gonococia; la forma tuberculosa, por lo común, deja de presentar este cuadro de invasión.

Se mantienen los síntomas, remitiendo lentamente, quince á veinte días, presentando muchas variaciones respecto á intensidad y duración; la mayor parte de veces son diagnosticadas por los internistas poco avezados con la observación de estas enfermedades de catarro gástrico. Bastará, para evitar la confusión, fijarse en los antecedentes, en el sitio del dolor, en la metrorragia existente y, sobre todo, en que la presión sobre la fosa ilíaca correspondiente es dolorosa y el tacto vaginal indica, en el fondo de saco del lado afecto, una sensibilidad dolorosa acentuada que se presenta también al tratar de movilizar el útero. En este período de invasión no existen lesiones anatómicas apreciables.

A veces la invasión se realiza en los dos lados á un mismo tiempo ó con pocos días de intervalo, principalmente en los casos de origen estreptocócico ó puerperal; en cambio, las salpingitis gonocócicas invaden generalmente ambos lados mediando uno ó dos meses de intervalo de la primera invasión, cuyas manifestaciones han menguado considerablemente.

Cuando queda establecida la salpingitis crónica en cualquiera de sus manifestaciones, que es la que verdaderamente tiene importancia, existen una serie de síntomas, funcionales unos y objetivos otros, que son bastante característicos para despertar la sospecha y establecer el diagnóstico.

El síntoma *dolor*, con ser muy importante, presenta grandes variaciones. Se halla localizado hacia las fosas ilíacas, es gravativo con exacerbaciones más ó menos frecuentes y duraderas y se irradia hacia la región lumbar y á veces anal, hacia la vejiga y á todo el bajo vientre; dada la frecuencia con que existe

metritis de índole variada, se comprende cuán difícil será atribuir á una ú otra forma de localización infecciosa las manifestaciones dolorosas. Se presentan preferentemente durante los períodos menstruales en forma de dismenorrea más ó menos intensa y con localización hacia la fosa ilíaca. A veces se ofrecen en forma de crisis algo violentas y de duración variable, tan características, que algunos autores las han designado con el nombre de *cólicos salpingianos*; en las formas profluentes esos cólicos van seguidos de la evacuación de leucorrea, que marca el final de la crisis. A veces existe dispareunia y defecación dolorosa, si bien estas manifestaciones son más frecuentes cuando está interesado el ovario.

Las manifestaciones dolorosas de la salpingitis guardan relación con la forma ó naturaleza de la misma. Así resulta que, por regla general, son más dolorosas las salpingitis catarrales é hipertróficas y las hidro-salpingitis y hemato-salpingitis que la salpingitis purulenta y la pio-salpingitis; es notable observar cómo pio-salpingitis enormes apenas producen molestia ninguna si no existen complicaciones, y en cambio una hidro-salpingitis ocasiona fenómenos dolorosos, intensos y variados, como si la intensidad de la lesión en el primer caso destruyera los filetes nerviosos que en el segundo se conservan íntegros.

La *menstruación* está frecuentemente alterada en el sentido de ser menorrágica; á esta mayor abundancia contribuyen muchas veces las lesiones concomitantes de la matriz, las metritis. No es raro, sin embargo, observar grandes salpingitis quísticas con pocas alteraciones menstruales; no obstante, examinando bien la anamnesis, casi siempre se encontrará un período de perturbación catamenial; bajo este punto de vista, la forma de salpingitis que más altera la normalidad menstrual es la hemato-salpingitis, acompañada casi siempre de grandes metrorragias, que pocas veces se presentan en las otras formas si no existen complicaciones ó no se trata de los períodos de agudización de la infección.

La *leucorrea* puede faltar en absoluto si el útero está sano, sobre todo cuando el orificio interno está obturado. La frecuencia de la leucorrea en las salpingitis suele ser debida á la coexistencia de lesiones uterinas. Algunas veces, sin embargo, existe leucorrea procedente de la trompa, purulenta ó serosa, en los casos de salpingitis no quísticas; realmente es difícil determinar su procedencia, que podremos sospechar cuando, existiendo integridad del útero y de la vagina, se presenta la leucorrea en forma intermitente y en cantidades regulares. El tipo más perfecto de la leucorrea salpingiana es la debida á la salpingitis profluente acompañada ó no de cólicos salpingianos; cuando estos cólicos, aunque sean de intensidad moderada, acompañan á la leucorrea intermitente, es probable que ésta sea de origen salpingiano.

La *esterilidad* acompaña casi siempre á la salpingitis. Desde luego se comprende que es absoluta cuando los dos pabellones están obturados, pues no se conoce todavía el mecanismo por el cual esa obturación pudiera desaparecer espontáneamente. En los casos en que el pabellón no está obturado, basta recordar que ciertas formas de salpingitis son susceptibles de *restitutio ad integrum* para comprender que la esterilidad puede ser pasajera; es cierto que ocurrirá esto pocas veces, pero debe recordarlo el ginecólogo para no sentar un diagnóstico de esterilidad absoluta en casos en que puede verse desmentido;

realmente he visto algunos que parecían indiscutibles y á la vuelta de algunos años sobrevino la fecundación; y como hoy por hoy no tenemos ningún medio diagnóstico para averiguar si el pabellón está obturado ó permeable, tampoco podemos decir, según algunos pretenden, que la salpingitis sea siempre causa de esterilidad. En cambio, la existencia de una salpingitis anterior tiene gran importancia en la patogenia de la preñez tubárica, pues alterado el epitelio, puede el huevo detenerse en cualquier sitio de la trompa en su emigración hacia el útero, anidando en el punto de la detención.

La influencia que la salpingitis pueda tener en las funciones sexuales de relación se ha discutido mucho. El dolor durante el coito y las frecuentes agravaciones después de este acto, no son circunstancias favorables para que la mujer pueda cumplir sus funciones sexuales con desahogo, y se comprende el desvío que hacia dichos actos pueda esto originar; pero ello no significa que la salpingitis tenga una influencia directa sobre el apetito sexual, pues muchos son los casos que demuestran lo contrario.

La salpingitis crónica da lugar á fenómenos generales reflejos, como astringencia de vientre, á veces tendencia á la náusea, y sobre todo fenómenos nerviosos neurasteniformes, que tienen gran importancia, porque colocan á la enferma en un estado de neurosismo muy molesto. Estos estados, más que producidos por influencia directa de la trompa, parecen hijos de los fenómenos locales que ésta determina, como son los dolores, dismenorrea, dispareunia y esterilidad, todos ellos muy indicados para modificar el sistema nervioso, alterándolo; no es raro encontrar salpingitis antiguas cuyas enfermas no han tenido el más pequeño trastorno general y se presentan perfectamente sanas.

En las pio-salpingitis los fenómenos generales pueden ser más marcados. A los fenómenos dolorosos, cuando existen, se añaden los dependientes de un avivamiento de la infección, que suele ocurrir en cada período menstrual por consecuencia del molimen pélvico, en virtud del cual existe ligero movimiento febril, inapetencia y malestar general á causa de la intoxicación del organismo por los productos de la infección; muchas enfermas de pio-salpingitis sufren un llamado catarro gástrico con cierta periodicidad ó en cada período menstrual.

Estos fenómenos, hijos de la infección, junto con los que se observan de parte del sistema nervioso, bastan para colocar á algunas enfermas de salpingitis en una situación deplorable que llega á adquirir preponderancia sobre el estado local y á veces reviste verdadera gravedad.

Todos los síntomas apuntados no bastan por sí solos para sentar un diagnóstico de salpingitis con entera certeza; precisa para ello explorar los fenómenos locales por medio de la palpación abdominal, del tacto vaginal y rectal y de la exploración combinada.

La palpación abdominal en bastantes casos es completamente negativa; comprimiendo ambas fosas ilíacas pueden descubrirse dos síntomas: dolor y tumoración. El primero, muy sensible cuando existen fenómenos flogísticos agudos, falta en muchos casos en los que la infección está amortiguada. El segundo sólo se encuentra en las grandes salpingitis quísticas, pues las de mediano calibre escapan completamente á la palpación, aunque se lleve á regiones profundas.

El tacto vaginal descubre datos importantes. La presión sobre los fondos de saco laterales despierta, por regla general, dolor más ó menos intenso, cual-

quiera que sea la forma de que pueda tratarse. Lo más característico es la percepción de un tumor hacia los fondos de saco laterales ó hacia el posterior: dicha tumoración presenta caracteres muy variables en cuanto á volumen, forma y movilidad. Ni aun en las salpingitis quísticas suele apreciarse pastosidad ó fluctuación: generalmente el tumor es liso, aunque en ciertos casos se encuentra abollado y su movilidad suele ser poca, pues generalmente está adherido á las paredes y órganos vecinos. Es más frecuente encontrar el tumor salpingítico por el fondo de saco posterior que por los laterales, y de ahí la conveniencia de practicar siempre en estos casos el tacto rectal combinado con el vaginal, pues desde el recto no sólo alcanzamos mayor altura en la cavidad de Douglas, sino que nos es más fácil explorar los lados de la misma. Casos hay en los que el tacto vaginal nada descubre y el rectal evidencia la existencia de tumores salpingianos. La mayor parte de formas de salpingitis escapan completamente al tacto recto-vaginal; no sólo las salpingitis simples, sino la mayor parte de las quísticas de reducido tamaño, escapan á nuestra investigación si no está la trompa prolapsada en el Douglas.

El examen más adecuado para el diagnóstico de las salpingitis consiste en la exploración combinada, mediante la que percibimos tumoraciones que escapan por completo al examen abdominal y vaginal. Con ella apreciamos perfectamente el volumen, dureza y posición del tumor, quedando convencidos de que se trata de un tumor anexial, aunque muchas veces nos sea imposible distinguir si lo que tenemos entre los dedos (1) es la trompa ó el ovario ó ambos á la vez. Cuando con dicha exploración podemos precisar que una tumoración sale del cuerno del útero para dirigirse hacia la fosa ilíaca y perderse luego hacia el fondo de Douglas, podemos estar seguros de la existencia de una salpingitis, pues las otras tumoraciones no ofrecen esta forma alargada. La existencia de una tumoración alargada de dentro afuera, teniendo debajo un tumor redondeado correspondiente al ovario, denota también la existencia de una salpingitis. Con todo, hay casos que escapan por completo á nuestra exploración, de manera que, cuando el examen resulta positivo tiene un valor absoluto, pero cuando es negativo no puede afirmarse que la lesión no existe; en tal contingencia el diagnóstico es verdaderamente difícil, y por eso se recurre con cierta frecuencia á la anestesia general para el diagnóstico de las tumoraciones salpingianas. La palpación combinada permítenos también apreciar y descubrir la trompa, aunque esté dislocada y fuera de su sitio, como cuando se halla en el fondo de saco peritoneal vésico-uterino ó hacia la parte alta y por encima á veces del estrecho superior.

La historia de la enferma, el dolor despertado por nuestras exploraciones y la existencia de tumoraciones al lado del útero, permiten sentar un diagnóstico positivo, pero la ausencia de dichos fenómenos no arguye la no existencia de salpingitis: de aquí que á veces se encuentran salpingitis no diagnosticadas, y otras, en cambio, se diagnostican salpingitis no sospechadas. Recuerdo un caso de una muchacha de diez y nueve años que exploré en un período de agudez de una salpingitis con peri-salpingitis y diagnosticué una pio-salpingitis quística; la tumoración de ambos lados era evidente y la historia de la enferma

(1) Véase tomo I, pág. 109.

llevaba el sello de una cronicidad marcada; propuse una intervención, y á los seis meses volvió la enferma diciéndome que había aceptado mi consejo y que quería operarse; practiqué un reconocimiento detenido y no pude descubrir nada que me hiciera sospechar una tumoración salpingiana; sin embargo, la enferma sentía dolores frecuentes, estaba inapetente y desmejorada. Ya anestesiada, repetí el examen y tampoco descubrí tumoración ninguna, y con todo, una vez abierto el vientre, encontré una pio-salpinx de cada lado, flexuosa, de unos quince centímetros de longitud y más gruesa que el dedo pulgar. No pude descubrirlas en mi examen porque los quistes tubáricos eran muy movibles y blandos, por lo que no presentaban resistencia bastante para poderlos explorar debidamente.

El examen local más detenido no suele proporcionar síntomas que permitan dilucidar la naturaleza del contenido de la trompa. Más bien hay que fiar para ello en la historia de la enferma que en los datos de la exploración directa, pero siempre estamos muy expuestos á sufrir equivocaciones. En cuanto al diagnóstico etiológico, debe también fundarse en la anamnesis y en el estudio de la evolución de la dolencia, pues una pio-salpingitis de origen gonocócico, estreptocócico ó bacilar ofrece exactamente los mismos caracteres á nuestra exploración. La punción exploradora tiene más inconvenientes que ventajas, por lo que no debe recomendarse ni emplearse.

El estudio de la leucocitosis puede darnos algunas indicaciones diagnósticas de indudable valor acerca la presencia de pus en las salpingitis. Desde que Ditsmann en 1901 publicó sus primeras investigaciones, se han repetido los trabajos sobre este asunto; en 1904, el doctor Tuffier fué ponente del tema: *Valor semiológico del examen de la sangre en cirugía*, en el XVII Congreso francés de cirugía, y dedicó una parte de su trabajo al diagnóstico de las supuraciones anexiales (1). Frecuentemente he recurrido en mi clínica privada á dicho examen, y parte de los resultados obtenidos fueron comunicados por mí en la discusión que siguió al tema de Tuffier (2). De los datos expuestos por este autor y de los míos propios, se desprenden conclusiones parecidas á las de Ditsmann, Lauenbourg, Weiss, Berard y otros, y de las que resulta: 1.º, que cuando existe una leucocitosis superior á 11.000 ó 13.000 con una proporción de polinucleares por encima de 75 por 100, cabe suponer que existe un foco de supuración que conserva probablemente virulencia; 2.º, las cifras de leucocitosis por debajo de las señaladas, indicarán falta de supuración ó colecciones supuradas antiguas y atenuadas ó estériles; 3.º, las cifras superiores á las indicadas, denotan estados tanto más agudos cuanto más numerosos los leucocitos y más abundantes los polinucleares neutrófilos. Frecuentemente recurro á este examen, cuyas indicaciones considero de importancia: en una serie de 13 casos de anexitis recogidos por el doctor Terrades en mi clínica privada, la proporción de leucocitos va de 6.910 leucocitos por milímetro cúbico con 3.573 polinucleares, ó sea un 52 por 100 de estos últimos para el caso en que la leucocitosis era menos marcada, hasta 22.045 con 18.642 ó sea 84'7 por 100 de polinucleares, para el caso en que se presentaba más acentuada; en la progresión creciente de estos casos, se com-

(1) *Dix-septième Congrès de Chirurgie*, 1904, pág. 456.

(2) *Dix-septième Congrès de Chirurgie*, 1904, pág. 468.

probó, en el acto operatorio, una correlación manifiesta entre la cuantía y agudez de las lesiones y la importancia de la leucocitosis (1). La citología resulta, pues, un buen medio diagnóstico para conocer si el contenido de las anexitis crónicas es ó no purulento, sobre todo en los casos no muy antiguos.

El diagnóstico diferencial es generalmente muy fácil. Dada una tumoración, debe distinguirse si es peri-uterina, lo que la palpación combinada descubre con facilidad, bastando este solo dato para evitar toda confusión con una neoplasia uterina. Sin embargo, cuando la trompa está sobre el fondo del útero, por ejemplo, ó delante de dicho órgano é íntimamente adherida á su cara anterior, puede originar confusiones con fibromas, porque se confunde con un tumor uterino; el histerómetro y una observación detenida pueden disipar la duda.

En cambio, el diagnóstico diferencial de la salpingitis quística con pequeños tumores del ovario es generalmente muy difícil. Es cierto que un tumor redondeado, asequible por el simple tacto vaginal ó rectal, y hacia la parte posterior, y que por la palpación combinada no se hace más evidente, arguye más bien en favor de un tumor ovárico que salpingítico; pero la confusión es tan fácil, que generalmente reservamos los ginecólogos el precisar la localización de las lesiones en el acto operatorio, con la pieza á la vista y extirpada, contentándonos, en vida, con el diagnóstico de salpingo-ovaritis ó tumor anexial.

El diagnóstico diferencial de una salpingitis derecha con una apendicitis es difícil en ciertos casos, si bien debe tenerse en cuenta que cuando las lesiones están limitadas á la trompa la confusión es menos fácil que cuando, según veremos, se extienden al ovario y al peritoneo. En rigor, el síndrome de una salpingitis y de una apendicitis son bastante distintos para no confundirlos, y la tumoración de la salpingitis en la pequeña pelvis no debè confundirse con la de la apendicitis que tiene sus lesiones hacia la fosa iliaca; cuando la peri-salpingitis invade la fosa iliaca la confusión es más fácil, y basta para comprenderlo recordar los numerosos casos en que trompa y apéndice se encuentran adheridos y á veces yuxtapuestos en algún trozo.

Curso, complicaciones y pronóstico. — Ya he indicado que la salpingitis aguda puede terminar por resolución y una *restitutio ad integrum* completa; cuando esto ocurre, suele durar la afección quince días ó un mes; son muchos los casos en que las cosas se desarrollan de esta manera, restableciéndose la normalidad en el aparato genital, incluso la fecundación.

La salpingitis crónica raras veces tiende á la curación; sin embargo, debemos hacer constar que son bastantes los casos en que, si no se restablece una integridad anatómica, sobreviene una curación aparente por desaparición definitiva de todos los síntomas. Aun la curación total y con regresión completa de las lesiones cabe en las formas no quísticas catarrales y purulentas, si bien muchas veces queda la esterilidad. La salpingitis hipertrófica no suele retrogradar hacia la curación. Dejando aparte los casos en que después de meses y aun años de persistir la lesión llega á curarse, en los demás se observa una persistencia y rebeldía desesperantes y los síntomas se eternizan á despecho de todo tratamiento, y si logramos mitigarlos, reaparecen con la mayor facilidad

(1) *Loc. cit.*, pág. 472.

bajo la influencia de la más pequeña causa perturbadora. Lo que con mayor frecuencia despierta los fenómenos salpingianos es la menstruación y una vida genital activa, y así se comprende que la menopausia ejerza una acción favorable sobre las salpingitis cuando no son quísticas y purulentas. Pero aparte de esto, poco podemos esperar como tendencia de la salpingitis crónica hacia una curación espontánea.

La salpingitis quística es más rebelde todavía que la simple. La pio-salpingitis no sólo es una enfermedad rebelde, sino que con frecuencia es progresiva, y durante años persiste con cuadro clínico al parecer igual, pero en cambio las lesiones anatómicas van acentuándose y la trompa va creciendo hasta lograr los tamaños inverosímiles de que antes hablé; hay enferma de pio-salpingitis que llega á la mesa de operaciones después de doce ó diez y seis años de sufrimientos y molestias y con trompas como el antebrazo. Es de notar, sin embargo, la tolerancia del organismo para las pio-salpingitis cuando no sobrevienen complicaciones; es, sin duda, la colección de pus mejor tolerada de cuantas existen en el organismo; se ven enfermas bien nutridas y con salud aparente que tienen medio litro de pus en sus trompas, y si bien sufren las molestias propias del caso, el organismo las tolera perfectamente, y aun algunas carecen de tales incomodidades; el fenómeno se comprende, porque estando el pio-salpinx perfectamente enquistado, el pus queda contenido en una membrana muy poco apta para la absorción. A veces el pio-salpinx sufre un paro en su desarrollo y aun una regresión de las lesiones, que estacionan la enfermedad en vez de hacerla progresiva: ocurre esto cuando, esterilizándose el pus, va concretándose y espesándose, llegando á formar masas caseosas; en tales casos el tumor disminuye, se arruga y llega casi á quedar convertido en un cuerpo extraño: más de un caso he visto de esta naturaleza y bien puede decirse que clínicamente equivale esa metamorfosis á una curación. Ya he indicado antes que algunos autores aceptan que la pio-salpingitis puede convertirse en hidro-salpingitis, aunque el fenómeno parece algo singular y poco probable. Lo más común es que el pio-salpinx se presente como enfermedad progresiva é influya sobre el estado general, pues si bien hay casos de perfecta tolerancia, éstos son los menos; casi siempre se observan, en efecto, los fenómenos generales de intoxicación propios de toda supuración enquistada, que obran depauperando á las enfermas y convirtiéndolas en valetudinarias; el hecho se comprende, pues las alteraciones del epitelio, según queda dicho, pueden ser de tal cuantía, que la mucosa no forme membrana aisladora, y siendo absorbente permita la introducción en el organismo de las toxinas de la supuración; el mismo fenómeno explica la reabsorción de la parte acuosa del pus y la concreción del mismo en los casos antes citados.

La hidro-salpingitis, aunque más dolorosa y molesta, es mejor tolerada por el organismo; de una gran rebeldía, persiste meses y años, ocasionando intensos sufrimientos á las enfermas. Es susceptible de una curación espontánea, sea porque el líquido se elimina por el orificio uterino, sea porque la menopausia le quita uno de los elementos, cual son las congestiones menstruales. En los casos de hidro-salpinx profluente, en los que se puede comprobar después de cada evacuación de leucorrea la desaparición del tumor salpingiano, puede darse el caso de que éste no se reproduzca, bien porque la trompa se modifique y segre-

gue menos, ó bien porque la eliminación por el istmo tubárico se haga continua; también es posible una tal evolución en la pio-salpingitis, pero aparte de que el pus se elimina mucho más raramente, se reproduce con mayor facilidad. La menopausia, disminuyendo las condiciones de vida del aparato genital, puede hacer que la hidro-salpingitis sufra una regresión favorable, lo que no debe esperarse cuando se trata de una pio-salpingitis; lo cierto es que con relativa frecuencia se ven desaparecer en la época crítica la molestas manifestaciones de una hidro-salpingitis.

El hemato-salpinx es quizás la forma menos tolerada, así por sus manifestaciones dolorosas, muy intensas, como por las metrorragias que suelen acompañarla, y como por lo común, cuando se trata de quiste tubárico hemato-autóctono, es que ha sobrevenido alguna complicación que agrava la dolencia, se comprende que su curso sea más ejecutivo. Existen algunas formas procedentes de embarazo tubárico que tienen tendencia á una curación espontánea. Las debidas á ginetresias son las más graves de todas las hemato-salpinx.

Una de las *complicaciones* más frecuentes de la salpingitis es la *peri-salpingitis* ó inflamación de la serosa que envuelve la trompa, y de las regiones del peritoneo más próximas; es una verdadera pelvi-peritonitis regional ó localizada. Ya indiqué antes el papel que desempeña esta complicación en el proceso de obturación del extremo tubárico abdominal.

La peri-salpingitis acompaña principalmente á las salpingitis agudas cuando el contenido virulento de la trompa, sea pus, sea serosidad, escapa por el pabellón é inocular el peritoneo, ó bien cuando, siendo la vía linfática ó sanguínea la vectora de la infección, antes de atacar la mucosa, invade la serosa: tal ocurre en ciertas formas estreptocócicas de origen puerperal y en algunas formas tuberculosas. Constituida la salpingitis quística y perfectamente obturado el pabellón, no por eso deja de presentarse la peri-salpingitis, principalmente en las de contenido purulento, en tanto que el pus conserva virulencia ó siempre que se aviva por causas fortuitas; en el hemato-salpinx también se presenta con frecuencia la peritonitis regional salpingiana; en la hidro-salpinx es bastante rara.

Existen casos de salpingitis en los que los ataques de peri-salpingitis constituyen casi toda su historia clínica, y cuando éstos ceden apenas quedan síntomas de la afección causal, hasta que un nuevo ataque hace presente la existencia de la enfermedad.

Se caracteriza anatómicamente la peri-salpingitis por la existencia de peritonitis más ó menos extensa; ora queda limitada á la cubierta peritoneal de la trompa, ora se extiende hacia la hoja anterior del ligamento ancho, en toda la zona del ligamento redondo ó bien hacia atrás, alcanzando muy cerca del fondo de Douglas; en ocasiones se extiende hacia la fosa ilíaca correspondiente ó también por delante el peritoneo vesíco-uterino. Tras el período hiperémico y fuertemente congestivo sobreviene la exudación, formando falsas membranas unas veces, otras formando focos de edema peritoneal en que el exudado se infiltra en pequeñas mallas, ocasionando aparentemente un considerable engrosamiento de la serosa, ó bien en mallas amplias y aun á veces en verdaderas vesículas transparentes y llenas de serosidad, ó también en forma de derrame libre, sobre todo cuando se trata de peri-salpingitis tuberculosa.

Los exudados peritoneales forman, alrededor de la trompa, masas de volumen variable y á veces tan enormes que llenan gran parte de la pequeña pelvis y aun ascienden hacia la gran cavidad abdominal. Esas masas flogísticas, sumamente variables en su consistencia, envuelven la trompa, que se encuentra en su espesor completamente oculta. Generalmente, adhieren á esas masas flogísticas todas las vísceras que se ponen en su contacto, como intestinos y epiploon, pero tampoco es raro observar esas masas de edema peritoneal en contacto con las asas intestinales sin que éstas adhieran á las neoformaciones; por regla general, hay menos adherencias viscerales en la peri-salpingitis gonorreica que en la peri-salpingitis tuberculosa.

Cuando pasa el período agudo de la flogosis peri-salpingítica el edema se reabsorbe y la tumoración desaparece, quedando como rastro un engrosamiento del peritoneo, y la existencia de falsas membranas y de adherencias que fijan la trompa en la posición que durante el ataque tenía; por eso la encontramos tan á menudo dislocada de su posición normal, sea hacia atrás, en el fondo de Douglas, ó hacia delante, ó por encima del útero, ó adherida al recto, ó á los intestinos delgados. La rapidez con que desaparece el edema peritoneal es sumamente variable: casos hay que en quince días se forma y desaparece una enorme tumoración peri-salpinginiana, y otros en que tarda dos ó tres meses en reabsorberse.

La repetición de los ataques de peritonitis peri-salpinginiana ocasiona exudados de nueva formación, de carácter casi permanente, que contribuyen á engrosar la trompa y á sepultarla entre dichas nuevas formaciones más ó menos extensas.

En estas inflamaciones peri-salpingíticas debe buscarse la causa de los abscesos que á veces se encuentran alrededor de la trompa, sea comunicando con una pio-salpingitis, sea completamente independientes y con integridad de la trompa; estas últimas no son dudosas respecto de su génesis, ya que las primeras podría suponerse que obedecen á una rotura de la trompa.

Existen formas de salpingitis que parecen más predisuestas á producir esa complicación. Sin duda, cuando el pabellón está perfectamente obturado no son tan fáciles ni frecuentes las peri-salpingitis; es cierto que una pio-salpinx cuya virulencia se aviva, puede propagar la flogosis al través de las paredes que le enquistan, pero no es lo más frecuente. En cambio, antes de obturarse el pabellón es casi seguro que sobrevendrá dicha complicación; no es raro observar una salpingitis que en su comienzo fué acompañada de una peri-salpingitis intensa, que desaparezca ésta á no tardar para quedar constituida en pio-salpingitis quística, que apenas ocasiona molestias y que persiste meses y años amortiguada y hasta ignorada. En cambio existen formas clínicas de salpingitis cuya característica es un ataque de peri-salpingitis, con la tumoración correspondiente, que se repite cada uno ó dos meses durante años: por la intervención se encuentra, en el espesor de las masas de nueva formación y de las falsas membranas, una trompa relativamente pequeña, de contenido escaso, sero-purulento, y con un pabellón deformado y obturado irregular y á veces parcialmente.

Es difícil indicar una relación exacta entre la forma de la peri-salpingitis y la naturaleza de la infección salpingiana; por regla general, he observado que las peri-salpingitis de repetición suelen ir ligadas con la infección gonocó-

cica; que las estreptocócicas son muy aparatosas, pero no tienden á recidivar, y que las bacilares, aparte del derrame libre que pueden ocasionar, acostumbran á producir infiltraciones profundas, duras y sostenidas.

La peri-salpingitis va acompañada de *fenómenos locales y generales* que enmascaran completamente los síntomas producidos por la verdadera salpingitis. Como manifestaciones locales existe el dolor agudo y pungitivo, más ó menos extenso, en la fosa iliaca correspondiente ó en ambas si son los dos lados los afectos de la complicación; se despierta espontáneamente y á la presión, que á veces es completamente intolerable; es frecuente la existencia de metrorragias, á veces abundantes y sostenidas, y algo de leucorrea por la congestión uterina coexistente; no es rara la retención de orina, porque la flogosis extendida al peritoneo peri-vesical paraliza la contracción de la vejiga. Este cuadro local va á menudo precedido de escalofríos.

A la vez existe astringencia de vientre y vómitos. El pulso es frecuente, 120 á 140 pulsaciones, sobre todo en las formas estreptocócicas; en las gonocócicas y en las tuberculosas es menos frecuente; pero, así en unas como en otras, se presentan formas con gran frecuencia de pulso, probablemente porque la infección se hace mixta. La temperatura es variable: las formas tuberculosas no muy intensas son completamente apiréticas, las gonocócicas puras llegan á alcanzar hasta 38°, raras veces más, y las estreptocócicas suelen llegar á 39 y más grados; esta correlación de la temperatura con la naturaleza de la infección la señalo sólo como un fenómeno general no peculiar ni distintivo; la enferma está inapetente y se ve obligada á guardar cama en las formas típicas de peri-salpingitis aguda, pues al lado de éstas las hay de forma sub-aguda ó crónica, que aun ocasionando á las enfermas grandes molestias, las permiten seguir su vida habitual.

El *diagnóstico de la peri-salpingitis* es sumamente fácil. A veces esta complicación permite diagnosticar una salpingitis incipiente, otras es un episodio en el curso de una salpingitis conocida. Siempre los síntomas son característicos y la exploración en estos casos proporciona constantemente datos de gran valor. La simple palpación abdominal descubre, por regla general, una induración ó tumoración en la fosa iliaca correspondiente; el tacto vaginal y rectal permiten apreciar que el fondo de saco del mismo lado está indurado y una infiltración que ocupa casi siempre el fondo de Douglas; la palpación combinada revela una tumoración más ó menos difusa, generalmente inmóvil y dolorosa, y nos indica hacia dónde predomina, sea la fosa iliaca, sea el ala anterior ó posterior del ligamento ancho ó ambos á la vez, sea por delante del útero. Esa tumoración raras veces presenta límites marcados, ni puede dibujarse con limpieza, lo que permite distinguirla de los quistes ováricos y fibromas que puedan existir; generalmente la tumoración es dura, pues aunque debida á edema é infiltración peritoneales, ofrece bastante resistencia; el edema blando en grandes mallas ó vejigas movibles dentro del peritoneo, no lo descubre la palpación combinada. Una sola afección es fácil confundir con un ataque agudo de peri-salpingitis derecha y es la apendicitis; realmente, en ambos casos se trata de una peritonitis regional, que en la apendicitis tiene su punto de partida en el apéndice y en la peri-salpingitis en los anexos del útero; si se recuerda que la trompa derecha y el apéndice generalmente se hallan en contacto, en estado normal, se com-

prenderá que, si en algunos casos la confusión apenas es posible, en otros la diferenciación es un problema insoluble y los clínicos más avezados han cometido errores en este asunto. Síntoma diferencial bastante típico no existe ninguno, es cuestión de apreciación, y si bien tras un examen detenido algunas veces se aclara la duda, se comprende que otras la precisión diagnóstica lleve consigo un error.

Los ataques de peri-salpingitis, confundidos á menudo con la salpingitis, tienen trascendental importancia porque comunican un sello especial al curso de la dolencia. Ellos en sí son generalmente pasajeros: sus lesiones son simplemente lesiones de defensa, oponen una valla á la propagación de la infección; tan pronto ésta se atenúa, la defensa deja de entrar en juego y las lesiones producidas desaparecen más ó menos lentamente hasta una nueva aparición. Algo queda de cada ataque, que va imprimiendo carácter al modo de ser de las lesiones anatómicas; al fin y al cabo, la salpingitis representa en tales circunstancias un cuerpo irritante, que mantiene la reaparición de los fenómenos flogísticos; pero entiéndase bien que dichas lesiones representan siempre alteraciones pasajeras y susceptibles de desaparecer cuando deja de obrar la causa productora. Conviene mucho tener en cuenta esta circunstancia, lo que demuestra que no pueden las alteraciones de la peri-salpingitis servir de base de indicación, sobre todo si se trata de intervención radical.

Entre las complicaciones de la salpingitis quística figura la torsión del pedículo. En las grandes colecciones de la trompa, sobre todo serosas, que no tienen adherencias á los órganos vecinos, la movilidad del tumor hace que el meso-salpinx se alargue y pueda la bolsa quística, en un momento dado, dar una vuelta sobre sí misma originando perturbaciones de cuantía, bien descritas y observadas por Bland-Sutton (1), Legueu (2), Jacobs, Hartmann, Veit y muchos otros. Generalmente son hidro-salpingitis bastante voluminosas y sin adherencias; una de las causas que más favorece el accidente es la multiparidad. El tumor gira sobre su eje, describiendo una ó varias vueltas, de manera que el pedículo semeja en estos casos un cordón delgado y largo (fig. 234). Si la torsión es rápida, puede quedar interrumpida la circulación en el meso-salpinx y sobrevenir rápidamente fenómenos de peritonitis que agravan el cuadro y hemorragias dentro de la trompa que la convierten en hemato-salpinx; si es lenta, los fenómenos son más remisos, pero no falta el aumento de volumen del tumor y la peritonitis tóxica en todas sus cercanías. En la operación se encuentra el tumor de color obscuro ó violáceo y con adherencias á los órganos vecinos. Este accidente cambia por completo el curso de la hidro-salpingitis, puesto que se convierte en cuerpo irritante, que inflama el peritoneo vecino, y su contenido se transforma en hemato-salpinx y aun en pio-salpinx, según puede colegirse de algún caso que he tenido ocasión de observar: una de las enfermas que sufría dos grandes colecciones tubáricas, fué presa súbitamente de dolor intenso en el bajo vientre, con fiebre que apareció al tercer día; al octavo practiqué la laparotomía con el diagnóstico de torsión de pedículo en un quiste ovárico, y encontré la trompa derecha llena de sero-pus, en cantidad de más de un litro,

(1) *Surgical diseases of the ovaries and falopian tubes*, pág. 256.

(2) *Loc. cit.*, pág. 827.

muy congestionada y con peritonitis adhesiva reciente á su alrededor; en el lado izquierdo se halló un hidro-salpinx de unos 400 gramos de contenido; la trompa derecha presentaba dos vueltas sobre el meso-salpinx, y no es aventurado suponer que dicha torsión fué el punto de partida de la transformación del contenido seroso en purulento, que se estaba realizando en el momento de la intervención.

Dicho accidente, que según se desprende de las observaciones publicadas, es más frecuente á la derecha que á la izquierda, no es frecuente, porque son pocas las colecciones tubáricas que ofrecen condiciones favorables á su desarrollo; de tres casos que he observado dos eran del lado derecho.

Otro accidente frecuente es la *evacuación de la trompa*. Ya indiqué antes la existencia de salpingitis quísticas profluentes en las que el contenido se derrama por el útero al través de la extremidad ístmica de la trompa, y realmente puede esto conducir á la curación de la dolencia. Parece existen algunos casos de tal índole, porque es frecuente encontrar enfermas que refieren la evacuación de leucorrea tras un período más ó menos largo de cólicos salpingianos, pero la exploración no descubre con certidumbre el fenómeno, y éste no debe aceptarse como indiscutible más que cuando se descubre la existencia de un tumor salpingiano, su desaparición después de la leucorrea y su reaparición más ó menos rápida. Estos casos bien observados son poco frecuentes.

Otra forma de evacuación es la producida por el derrame del contenido de la trompa al través del pabellón, antes de obturarse ó cuando su obturación es incompleta; ésta constituye una de las causas de flogosis peri-salpingíticas y de pelvi-peritonitis consecutivas á la infección de la trompa.

La evacuación más importante es la producida por la *rotura* de una trompa quística; la alteración de sus paredes en los casos de pio-salpinx y la delgadez de la misma en el hidro-salpinx, con un aumento de presión interna en la cavidad quística ó una compresión violenta que pueda obrar sobre la trompa, como en ciertas exploraciones algo bruscas y forzadas, pueden explicar el fenómeno.

Cuando una pio-salpingitis se rompe y su contenido se derrama en el peritoneo, desde luego estalla rápidamente una peritonitis aguda que puede afec-

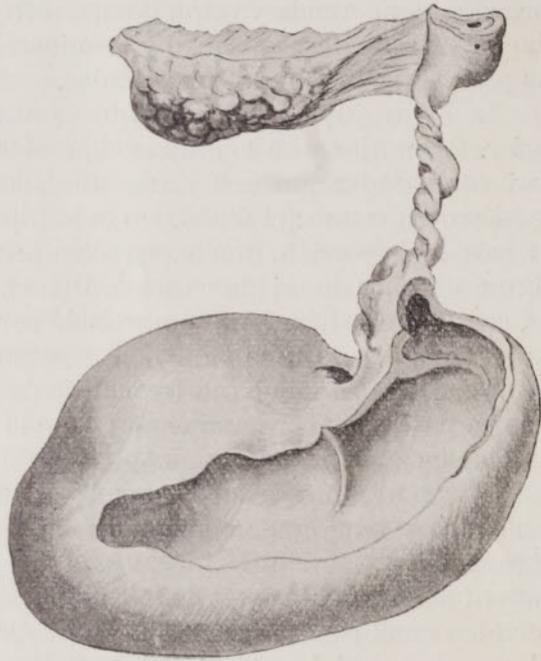


FIG. 234

*Torsión del pedículo (meso-salpinx)
en una hidro-salpingitis (BLAND-SUTTON).*

tar dos formas. Una, la más rara, en la que el contenido séptico de la trompa se difunde por la gran cavidad de la serosa sin encontrar obstáculo y que desarrolla todo el cuadro de una peritonitis generalizada, agudísima y generalmente mortal; aunque poco frecuente, hay que contar con ella como de los accidentes más temibles y graves de la pio-salpinx. La otra, en que la peritonitis reviste la forma regional sin difundirse á toda la serosa afectando generalmente la forma de pelvi-peritonitis: esto ocurre cuando la rotura tiene lugar bien en un foco de defensas por adherencias y exudados anteriores, bien en el fondo de Douglas, aislado á su vez del resto del peritoneo por flogosis anteriores: esta forma, aunque aguda y estrepitosa, no ofrece la gravedad de la anterior, es mucho más frecuente y su curso y terminación es el de las pelvi-peritonitis y de las peritonitis regionales ó localizadas.

La hidro-salpingitis pienso que se rompe con mayor frecuencia que la anterior. Basta fijarse en lo muy adelgazadas que están en estos casos sus paredes para comprender que una causa mecánica que obre sobre las mismas puede ocasionar su rotura: el fenómeno es siempre el mismo; una caída, grandes esfuerzos de defecación, una exploración brusca, por lo menos así he interpretado algunos hechos de mi observación. Una enferma con historia de hidro-salpingitis, con tumor salpingiano comprobado por la exploración, es presa súbitamente de un dolor agudo en el bajo vientre seguido de fenómenos peritoníticos remisos y sin fiebre, aunque con frecuencia de pulso, que se sostienen cuatro ó seis días para desaparecer lentamente; cuando desaparecen los fenómenos dolorosos, una buena exploración permite observar que el tumor salpingiano ha desaparecido y en algún caso la dismenorrea no reaparece desde este momento. El fenómeno es enteramente análogo á la pelvi-peritonitis tóxica que subsigue á algunas inyecciones intra-uterinas, en las que una pequeña cantidad de líquido pasa al peritoneo al través de la trompa: aquí es el líquido de la trompa que se derrama en el peritoneo, y, como ya he dicho antes, este líquido es microbiológicamente aséptico, pero puede ser fácilmente irritante. No poseo más comprobación del fenómeno que la desaparición del tumor por una causa mecánica, pero ni por necropsia ni por acto quirúrgico he tenido ocasión de comprobarlo.

La pio-salpingitis puede evacuarse en las vísceras vecinas: intestino delgado, intestino grueso y vejiga; el mecanismo es fácil de comprender: un ataque de peri-salpingitis establece adherencias entre la pared de la trompa y cualquiera de estos órganos; el proceso de la supuración desgasta el tabique que separa las dos cavidades hasta que sobreviene la perforación y el pus se evacúa por el intestino ó por la vejiga, encontrándose la substancia purulenta en las deposiciones ó en la orina. Generalmente dicho accidente va seguido de una mejora en el estado de la enferma, que algunas veces puede conducir á una curación si se evacúa todo el contenido de la trompa y no se reproduce, pero que otras no representa más que una tregua, pues la cavidad quística se llena otra vez y viene una nueva eliminación, y así sucesivamente; las pio-salpingitis de origen tuberculoso muestran particular tendencia á esas perforaciones viscerales, de las que las más frecuentes son las que se realizan por el intestino, siendo relativamente raras las que tienen lugar por la vejiga. Ya veremos, al estudiar los quistes tubo-ováricos, que por análogo mecanismo se establece la comunicación entre una cavidad ovárica y otra salpingiana.

Finalmente, el contenido de la pio-salpinx puede evacuarse al exterior, al través de la piel ó de la vagina. La primera forma de evacuación es muy rara, y se comprende, porque no es frecuente que la pared de la trompa se ponga en contacto con la pared abdominal para establecerse la adherencia que ha de preceder al paso del pus; y aun cuando esta adherencia se establece, las cubiertas que debe atravesar el pus son muy resistentes y más fácilmente queda enquistado ó se abre camino hacia otro sitio que hacia la piel; sin embargo, aunque raro el fenómeno, se cuentan algunos casos indudables y es uno de los mecanismos por los que una salpingitis puede curar de una manera espontánea.

La evacuación por la vagina es, sin duda, la más frecuente de todas y quizás también la más beneficiosa. Por una parte, con gran frecuencia la pio-salpinx se encuentra prolapsada en el fondo de Douglas y adherida á su peritoneo, y de otra es muy frecuente que el pabellón esté obturado precisamente porque el círculo de sus franjas se ha adherido á dicho sitio; basta recordar la frecuencia con que el quiste tubárico purulento se abre en nuestras maniobras de enucleación cuando lo desimplantamos del fondo de Douglas. Estas adherencias tan frecuentes establecen el puente necesario para que en el curso de una peri-salpingitis ó por una evolución propia del proceso de la trompa, se adhiera también la vagina y pueda fraguarse una abertura espontánea. Por cierto que este accidente es el que más fácilmente conduce á una curación espontánea de la salpingitis, porque el punto declive en que está situada la abertura de desagüe permite una evacuación completa á la vez que impide fácilmente que el aire se ponga en comunicación con la cavidad tubárica. Aunque todos conocemos ejemplos de salpingitis purulentas, curadas por este mecanismo, no es, sin embargo, tan frecuente que se pueda contar con él como probable para esperar la curación espontánea de una pio-salpingitis. Aunque indirectamente, por análogo motivo, se comprende la curación espontánea de ciertas pio-salpingitis que producen, según veremos, una pelvi-peritonitis, cuyo exudado purulento se evacúa por la vagina ó el recto, curando á la vez la pelvi-peritonitis y la salpingitis que la ocasionó.

El *pronóstico* de la salpingitis nada tiene de fijo, y se comprende que así sea tratándose de enfermedades que tanto por su naturaleza como por su intensidad están sujetas á infinitas modalidades.

Conviene dejar sentado el hecho de la posibilidad de una curación espontánea, sea cual fuere la causa productora. La salpingitis vulgar puede perfectamente evolucionar hacia una curación total, lo mismo que la gonocócica; la tuberculosa es asimismo susceptible de una curación espontánea, y si otras veces se creyó casi incurable y se la consideró como la más maligna, hoy está perfectamente demostrado que muchas salpingitis tuberculosas tienden á una curación. Veit, en su ponencia citada, hace notar su convicción de que de día en día se irá confirmando la posibilidad, y aun la frecuencia, de la curación espontánea de la salpingitis tuberculosa, hecho del cual me ha convencido hace tiempo una observación clínica detenida, según indiqué en el Congreso de Moscou, en mi comunicación sobre la peritonitis tuberculosa.

Cuando la salpingitis se ha hecho quística merece un pronóstico serio, pues aunque á veces resulta compatible con la vida de la enferma, y otras, aunque pocas, es susceptible de una curación espontánea por algunos de los accidentes

citados, también, así por las complicaciones locales como por las alteraciones generales que puede producir, constituye una dolencia de cuantía no exenta de peligros, á veces muy serios, marcada con el sello de una incurabilidad casi absoluta, de una duración ilimitada, y que frecuentemente convierte á la enferma en inválida; el orden que las salpingitis quísticas deben guardar con relación á su gravedad, es, en primer lugar, la pio-salpingitis; en segundo, la hemato-salpingitis, y en último, la hidro-salpingitis.

Tratamiento. — El tratamiento de la salpingitis comprende tres capítulos: la *profilaxis*, el *tratamiento médico ó curativo* y el *radical ó quirúrgico*.

PROFILAXIS. — Demostrado que los grandes procesos salpingíticos son hijos de la infección, pues las lesiones que pueden desarrollarse independientemente de ella rara vez adquirirán importancia capital, se comprende la trascendencia de la profilaxis. Ciertamente podremos poco contra la infección tuberculosa, siendo, como es casi siempre, de origen vascular, y, por tanto, procedente de otro foco ó de un contagio que no tiene lugar por el aparato genésico; su profilaxis entra en la profilaxis general de la tuberculosis, sin que el ginecólogo deje de considerar como un foco peligroso un testículo fímico que puede ser causa de un contagio directo, aunque algunos no lo crean demostrado; el coito realizado por un individuo tuberculoso debe tenerse como peligroso, y por tanto, desaconsejar en estos casos el comercio sexual.

La profilaxis de la salpingitis estreptocócica, cuyo origen más frecuente reside en el mismo aparato genital, se funda en la manera de conducir el parto y el aborto, en la asepsis con que se realizan ciertas exploraciones ginecológicas y en el rigorismo que se despliega al efectuar una intervención. Todo médico medianamente ilustrado sabe hoy á qué atenerse respecto á todos estos extremos, y es de desear que no pueda imputarse á descuido ó á faltas de rigorismo de los médicos en general y de los ginecólogos en particular el desarrollo de una infección estreptocócica ó estafilocócica. Los tactos impuros, los cateterismos uterinos, las aplicaciones de espéculums, etc., que en otras épocas eran frecuentemente origen del contagio por desconocimiento del mecanismo patogénico de estos procesos, no deben ocurrir hoy. Aparte esta profilaxis, el médico, con la discreción necesaria, debe aconsejar el período conveniente de aislamiento sexual después de un parto ó de un aborto, pues un coito prematuro en tales circunstancias, cuando todavía no ha terminado la reintegración del aparato genital y, por tanto, es posible abrir boquillas vasculares en la vulva, vagina ó cuello del útero, puede ser causa de una infección, que tal vez no se presentara de dejar por más tiempo en reposo el aparato genital.

Sin duda, la parte más importante de la profilaxis recae en la persecución de la infección gonocócica, tanto por ser ésta la más frecuente de todas como por la manera artera y disimulada de introducirse en los actos de relación genital.

Dejemos de lado todo lo que podría decirse respecto de la profilaxis de la blenorragia en el hombre y las diferentes medidas que se han adoptado para evitar su frecuencia y difusión. Sepamos que todas ellas no han sido bastantes para que deje de ser la blenorragia en el sexo masculino una de las enferme-

dades más frecuentes; siendo peor todavía que su frecuencia, el desprecio en que se la tiene y la poca importancia que se le atribuye. Entre la juventud es considerada como accidente trivial y despreciable, como complemento de las primeras satisfacciones del apetito sexual. La profilaxis de la salpingitis debiera combatir este erróneo concepto, haciendo comprender á la juventud la gran importancia que tiene y su inmensa trascendencia. ¡Cuántos jóvenes hay que al sufrir el primer ataque de blenorragia lo consideran como el bautismo de fuego de su vida varonil y tienen á orgullo semejante contratiempo! Y sin embargo, aquella blenorragia despreciada se convierte más tarde en el origen de los mayores sufrimientos de su vida. La poca atención que le prestan hace que no atiendan debidamente á su curación; el período agudo pasa pronto, pero queda una gonorrea que se perpetúa meses y años sin ocasionar molestias, pero siempre perenne, porque la actividad genital sostiene su incurabilidad. Ya llegados á una edad más madura, contraen matrimonio y, ¡triste es decirlo!, algunas veces, aun hoy, asesorados con el consejo de algún facultativo que no concede importancia á semejante uretritis, la consorte sufre el contagio de aquella gonorrea que, implantada en un aparato genital virgen de infecciones, adquiere virulencia, desarrollándose una gonococia ascendente que llega pronto al útero y de éste á las trompas, y á las tres ó cuatro semanas de matrimonio la esposa sufre un ataque de salpingitis y peri-salpingitis agudos que la postran en el lecho. La enferma en vez de sufrir las molestias de un embarazo, comenzará el calvario de una salpingitis crónica, y á la vuelta de seis ú ocho años pierde en manos de un ginecólogo sus atributos sexuales, después de una esterilidad persistente y víctima de una enfermedad de largos sufrimientos y de todo punto incurable, y en previsión de peligros más ó menos próximos. Las molestias y sufrimientos de una fecundidad no interrumpida, con justo premio de una descendencia robusta y numerosa, son substituídas por enfermedades continuas y la pérdida completa de una función tan trascendental. Piensen los espíritus reflexivos lo que esto significa y la trascendencia que en el porvenir de una familia tiene, ya que ésta no llega á constituirse precisamente por este hecho. Y todo á consecuencia de aquel gonococo recibido casi como trofeo en los albores de la juventud. No se crea que el cuadro es ficticio: desgraciadamente es muy real y frecuente, y en muchas ocasiones he sido testigo de la desesperación que tales sucesos producen en matrimonios á los que ha acaecido tal contingencia. Menos mal si consciente el marido del papel que en tales escenas ha representado, rodea á la víctima su consorte, de los cuidados y atenciones procedentes, pues no son pocos los ejemplos en que la mujer, á más de víctima, pasa como culpable de su esterilidad. Y este estado de cosas perdura por falta de cultura de todas las clases sociales á este respecto y por un mal entendido pudor para tratar estos asuntos, que tantas víctimas ocasiona.

Tan justificada encontramos una campaña antigonocócica como la antituberculosa, y sin duda con resultados más rápidos y positivos. En España, Azua, Cospedal y Gutiérrez han tratado este asunto con gran interés (1). En la conferencia de Bruselas, y á instancias de Neisser, se votaron unas conclusiones para dirigirlas á todos los gobiernos á fin de que éstos procuraran la difusión de los

(1) *Loc. cit.*, págs. 13 y 65.

conocimientos relativos á las infecciones venéreas y de los peligros individuales y sociales que pueden acarrear. Veit dedica largas páginas á este asunto (1), la mayoría de autores le conceden la importancia debida; pero la acción social, que en estos casos debe partir siempre de la clase médica, no ha adquirido toda la importancia debida por los frutos que podría reportar, á pesar de que en el Norte de América, el Estado de Michigán ha promulgado recientemente una ley prohibiendo el matrimonio á los individuos que padezcan gonorrea, y castigando á los contraventores con una multa de 500 á 1.000 dollars ó prisión que no exceda de cinco años, ó ambas cosas á la vez, derogando todas las preeminencias y cortapisas del secreto médico en lo que se refiere á este particular.

Otras veces el gonococo se introduce furtivamente en un matrimonio hasta entonces indemne, y el contagio se realiza después de algunos años de vida genital normal. La ignorancia, por parte del culpable, de la trascendencia que puede tener la transmisión de la gonorrea á la mujer, contribuye asimismo en este caso al desarrollo de salpingitis que podrían evitarse.

De lo dicho se desprende que la profilaxis de la salpingitis debe comprender tres puntos capitales:

1.º Instruir á los jóvenes acerca de la importancia y trascendencia de la gonorrea, haciéndoles comprender que la continencia y la castidad no son contrarias á la salud, y sobre todo, dada la ineficacia de dicha predicación y la frecuencia con que la blenorragia ataca á los jóvenes imberbes, enseñándoles que es siempre una desgracia y una enfermedad de graves consecuencias para el porvenir, con el fin de que la atiendan debidamente para lograr una curación radical, ya que para ello, lo primero que se necesita es prestar á la dolencia la debida atención.

2.º Impedir por todos los medios que el individuo afecto de blenorragia contraiga matrimonio y exigirle antes una curación total. Para decidir que una uretritis no es contagiosa no basta que en uno ni dos exámenes resulte estéril y sin gonococos el producto examinado, sino que es preciso, para que la deducción sea positiva, que se haya irritado previamente la uretra á fin de que aparezcan en el moco los gonococos, que podían estar ocultos y latentes en utrículos glandulares profundos. Hasta la curación total sostenida durante dos ó tres meses y comprobada en varios exámenes, no debe aconsejarse el matrimonio.

3.º Cuando el marido, en el curso de la vida conyugal, contrae una blenorragia, debe abstenerse de toda relación sexual con su mujer para evitar un contagio seguro. Realmente, es sumamente difícil en estos casos obtener semejante proceder y las circunstancias son por demás difíciles para hacer una buena profilaxis; la mujer tolera resignada una salpingitis cuyo origen desconoce, pero difícilmente perdonaría la confesión de una falta, aunque dicha confesión pudiese librarla de tan seria dolencia; pocas tendrían bastante cultura y dominio de sí mismas para agradecer al marido una confesión espontánea de su culpa. Comprendo que, si en tales circunstancias no se puede llegar á tan franca situación, debería ser lícito, como dice Veit, el uso del condón para evitar el contagio sin interrumpir las relaciones sexuales.

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, pág. 615.