Bien se comprende que estas distintas medidas vienen incluídas en un solo factor: la ignorancia de todas las clases sociales respecto á este asunto, y es indudable que así como se considera obra meritoria ilustrar al vulgo acerca del contagio de la tuberculosis y las condiciones del bacilo para que ponga de su parte todos los medios conducentes á evitar su contagio y difusión, lo ha de ser también ponerle al corriente de las malas tretas del terrible gonococo.

Constituirá asimismo una buena regla profiláctica de la salpingitis el tratamiento bien dirigido de las infecciones genitales que pueden originar dicha afección. También el tratamiento oportuno y enérgico de toda endometritis, causa sumamente frecuente de salpingitis, será uno de los mejores medios para prevenir su desarrollo.

Tratamiento médico. — Desgraciadamente, establecida la infección en la trompa, no poseemos agente ninguno capaz de obrar sobre el microbio de la infección y aniquilarlo en el sitio de la dolencia. Pero teniendo en cuenta que la infección vive no solamente de la acción específica más ó menos virulenta del microbio patógeno, sino también de las condiciones del terreno, se comprende que podemos poner en práctica una serie de indicaciones que, modificando favorablemente este último, pueden aminorar la infección. Algunos autores llaman á ese tratamiento expectante, lo que no me parece del todo conforme á los hechos, pues si bien es cierto que directamente nada podemos contra el gonococo, el bacilo ó el estreptococo anidados en la trompa, indirectamente podemos obrar sobre ellos de mil maneras, y esto es muy distinto de permanecer meros espectadores de la lucha entablada.

El *reposo* es, sin duda, el principal agente para disminuir la receptividad del terreno á los efectos de la infección: tratándose del aparato genital debe entenderse el reposo en el doble sentido de evitar al cuerpo toda fatiga y al aparato genital todo acto que pueda perturbarlo. Cuando estalla una salpingitis aguda, la enferma debe abandonar sus ocupaciones y debe imponerse una abstinencia completa de relaciones sexuales, pues una y otra contribuyen á disminuir la congestión de los anexos y con ello se favorece la atenuación de la infección. Generalmente se nota una notable diferencia entre la evolución de una salpingitis gonorreica en una recién casada ó en una multípara: en ésta es mucho más benigna y menos aparatosa, porque deja de obrar en ella la abusiva frecuencia de los actos sexuales, que en la otra suelen ser tan frecuentes. En la historia de la salpingitis crónica, en mujeres cuyo marido por su profesión se ve precisado á largas ausencias, se nota una recrudescencia de los síntomas en cada período de reanudación de la vida genital, sin que esto signifique, como pretende Veit, una reinfección, pues en muchos de estos casos el marido está libre de foco infectante. La influencia del reposo del cuerpo se hace, sobre todo, evidente en las salpingitis de la clase proletaria que se hospitalizan: en ellas se observa que los síntomas funcionales y locales remiten hasta el punto de hacer creer en una curación completa, pero en cuanto reanudan su trabajo, no tarda en aparecer nuevamente el cuadro de la dolencia; es muy frecuente ver desaparecer los dolores y los exudados hasta el punto de que la exploración deja de encontrar tumoración alguna salpingiana; la salpingitis se ha hecho completamente latente y algunas veces se cura del todo para no reaparecer.

A la vez que el reposo, cabe poner en práctica una serie de medios cuya acción beneficiosa está bien probada: los purgantes, descongestionando el aparato genital, obran favorablemente; los calmantes, proporcionando á la enferma un alivio á sus sufrimientos, le procuran el reposo debido; la quinina y el hidrastis canadensis me ha parecido ejercen acción favorable sobre el proceso salpingítico. Como medios locales, todos los que he preconizado al hablar de la metritis tienen aquí su aplicación, tanto porque combaten la metritis, muchas veces originaria de la salpingitis, como por la acción que ejercen sobre la región de los genitales internos. Las irrigaciones vaginales tibias durante la agudez del proceso, y calientes cuando es crónico, los supositorios á base de glicerina é ictiol, los tapones glicerinados é ictiolados, ejercen muy beneficiosos efectos. Las fricciones de pomadas de ictiol en el bajo vientre, á veces el hielo en las formas extensas ó agudizadas, los revulsivos ligeros, como la tintura de yodo, puntos de cauterio, y no hablo de los vesicantes, á los que tanto se recurría en épocas pasadas en los casos incurables, porque es preferible recurrir á la indicación radical; empleo muy frecuentemente en estos casos, con ventaja, fricciones de ungüento mercurial terciado con 10 por 100 de yoduro potásico, hasta producir un eritema cutáneo que sostiene una revulsión manifiesta durante varios días. De todos estos medios, el ictiol por la vagina, por el abdomen y aun al interior, parece ser, según opinión de la mayoría de ginecólogos, el agente más eficazmente paliativo. Por mi parte, he tenido ocasión de comprobarlo en gran número de casos.

El tratamiento hidro-mineral no es del todo indiferente en la medicación de las salpingitis crónicas. Las aguas cloruradas, como las de La Muera, La Toja, Salies de Bearn; las bicarbonatadas, como las de Vichy, Carlsbad; á veces las sulfurosas, como las de Saint-Sauveur, Panticosa, y las termales indiferentes, tienen su aplicación, según la forma de la salpingitis; los baños tibios con agua de mar son también beneficiosos. A los efectos generales que producen todos ellos, modificando indirectamente el aparato genital, hay que añadir los efectos que el cambio de régimen y el reposo suelen llevar consigo y que son, por lo general, muy beneficiosos. Debemos estar convencidos, sin embargo, de que, dígase lo que se quiera, ninguna agua mineral ejerce efectos específicos sobre las salpingitis.

Todos los medios indicados, empleados con el rigorismo debido, es seguro que producen efectos paliativos, por lo menos, y si el caso es curable, con ellos aceleramos la curación. No son pocas las salpingitis que desaparecen para no reaparecer usando tales medios, y aun en las formas crónicas cabe esperar á veces una curación ó por lo menos marcado alivio. Aconsejo encarecidamente á mis colegas que, bajo la impresión fatalista de que nuestros medios de acción no obran absolutamente sobre el microbio, y que si llega el caso, una intervención curará la dolencia, no dejen á estas enfermas sin tratamiento. Opino completamente como Fritchs (1) cuando dice que antes de operar á estas enfermas debe sometérselas á un tratamiento adecuado durante un período más ó menos largo, en general de meses. Muchísimas veces he visto enfermas con una historia clara de salpingitis recidivante y una marcada tumoración á cada lado

(1) *Traité des maladies des femmes*, pág. 460.

del útero, que parecía absolutamente evidente que se trataba de una salpingitis estacionaria y, por tanto, tributaria de una intervención, desaparecer con el tratamiento indicado en el espacio de un par de meses y quedarnos en la duda de si estaba curada ó simplemente latente por la desaparición de los síntomas y de las tumoraciones, aun tratándose de pio-salpinx.

Cuando menos, el tratamiento médico, debidamente aplicado y durante el tiempo suficiente, nos servirá para sentar la única base firme de la indicación quirúrgica, cual es la incurabilidad.

Para favorecer la evolución curativa de la salpingitis, aun tratándose de formas quísticas, serosas ó purulentas, se han propuesto una serie de tratamientos locales, sobre los que han emitido los autores pareceres distintos: me refiero á la electricidad, al masaje y á los tratamientos intra-uterinos.

La *electricidad,* en forma de electrolisis, la han empleado y preconizado distintos ginecólogos; la he empleado bastantes veces y creo que en determinados casos puede prestar cierta utilidad, pero que en otros es más perjudicial que beneficiosa. Desde luego puede asegurarse que ejerce una acción calmante manifiesta y bastante permanente sobre los fenómenos dismenorreicos y dolorosos que acompañan á las salpingitis, sean éstas serosas ó purulentas. Bajo este punto de vista existiría, por tanto, una indicación general y útil; pero á pesar de la opinión de que la corriente galvánica podría ejercer efectos microbicidas sobre los microbios productores de la salpingitis, lo cierto es que el hecho apuntado ya por Apostoli de que en las formas supuradas podía servir de medio diagnóstico porque despertaba fenómenos febriles, es exacto, y he podido comprobarlo bastantes veces; no solamente es cierto el hecho, lo que significa ya una contraindicación, sino que algunas veces he visto sobrevenir agudización de los dolores y aun ataques de peri-salpingitis, cuando se trataba de salpingitis purulentas. Por ello creo que la electrolisis es un buen recurso como calmante en las hidro-salpingitis de poco volumen, que tan frecuentes son, pero que está completamente contraindicada en las formas supuradas agudas ó crónicas, sean ó no quísticas.

El *masaje* se ha preconizado para favorecer la evacuación del contenido de la trompa por el útero. Puede afirmarse que sus indicaciones son muy restringidas: desde luego no podemos pretender con el masaje de la trompa, de fuera adentro, y aumento de la presión intra-quística, destapar el istmo de la trompa para producir la evacuación; sería esto pura ilusión y exponer á la enferma á una agudización de la dolencia y aun á una rotura intra-abdominal, que tan malas consecuencias puede acarrear. Unicamente en los casos bastante raros en que podemos suponer permeable el istmo de la trompa porque periódicamente se verifica una evacuación de leucorrea serosa ó purulenta, que coincide con una disminución de volumen del tumor salpingiano sin que llegue á la desaparición, como ocurre en la salpingitis profluente, podremos confiar en que un masaje suave y prudente favorezca la evacuación completa; repitiendo esta maniobra durante bastante tiempo, podremos obtener, algunas veces, resultados curativos. En los casos de duda es preferible abstenerse, según queda dicho al hablar del masaje en general (1).

(1) Véase tomo I, pág. 161.

El tratamiento *intra-uterino* pretende ejercer una acción directa sobre las colecciones tubáricas. Preconizado por Walton desde 1887, ha tenido sus defensores en ginecólogos tan eminentes como Doleris, Gotschalck, Le Dentu, Poullet, Legueu y otros. Consiste en obtener una dilatación uterina por medio de laminarias ó de taponamientos intra-uterinos, y lograda la dilatación, con raspado previo ó sin él, aplicar un taponamiento intra-uterino con gasa empapada de glicerina creosotada ó ictiolada, que se renueva cada día ó cada dos días durante un par de semanas (1). Legueu, Doleris y otros pretenden que con ese tratamiento se vacían colecciones tubáricas serosas ó purulentas y se obtiene la curación de la salpingitis desapareciendo la tumoración existente. Para explicar el fenómeno han pretendido algunos que con la dilatación del útero se dilata el orificio uterino de las trompas y se hace permeable, lo que se comprende ha de ser pura ilusión, recordando el mecanismo de obturación del orificio salpingiano interno. Otros, como Le Dentu y Landau, creen que obra reblandeciendo el órgano y enderezando las desviaciones uterinas, lo que facilita el desagüe. Poullet atribuye los efectos al raspado, que arrastrando la mucosa de los cuernos uterinos desobstruiría el orificio de la trompa, y abriendo los capilares del endometrio provocaría un drenaje capilar.

Pozzi (2), con excelente criterio, desecha casi por completo este tratamiento cuando se trata de colecciones tubáricas; lo acepta tan sólo en los casos de salpingitis incipiente, cuando todavía no hay colección; en estos casos se comprende que, agotando el foco uterino y evitando con ello reinfecciones de la trompa, puede realmente ser beneficioso; teniendo cuidado de no aplicar dichos medios en tanto existan fenómenos agudos de salpingitis ó peri-salpingitis y no se haya formado todavía colección tubárica, es indudablemente un buen tratamiento y perfectamente inocuo. Podría citar muchos casos de endometritis, que habían ocasionado un ataque manifiesto de salpingitis, en los que sin inconveniente y, por el contrario, con grandes ventajas, he empleado dicho tratamiento, recordando siempre que no debe procederse á su empleo hasta tanto que los fenómenos agudos han desaparecido del todo.

Los autores antes citados no señalan ninguna restricción á este tratamiento; por el contrario, pretenden que es aplicable á las formas quísticas serosas y purulentas. Es lástima que los resultados no respondan á lo que se espera; he empleado bastantes veces este medio en casos de salpingitis quística: algunas veces sin contratiempo, otras teniendo que renunciarlo por una agravación de los síntomas ó un ataque de peri-salpingitis, pero ni en uno ni en otro caso he obtenido nunca la desaparición de la trompa quística. Claro está que no he empleado nunca este tratamiento en substitución del médico ó expectante de que antes hablé, sino cuando éste ha fracasado, pues los mismos efectos que los partidarios del tratamiento intra-uterino atribuyen á éste, cuales son: desaparición de dolores y tumoraciones peri-uterinas, se obtiene con el reposo y medios paliativos antes indicados; como la elección no es dudosa entre ambos medios, no he recurrido á la terapéutica intra-uterina más que cuando he agotado el tratamiento médico. Yo no dudo de los resultados obtenidos por Doleris, Poullet

(1) Véase, para la técnica de esas maniobras, tomo I, págs. 120 y 154.

(2) *Traitè de Gynecologie*, pág. 697.

Walton y otros, pero me queda la duda de si hubieran podido obtenerlos iguales por los medios más suaves é inocentes que he indicado antes.

Si se tratara de un tratamiento completamente inocuo, no valdría la pena de renunciar á un ensayo, pero no es así; en los casos de pio-salpingitis es un medio verdaderamente peligroso, como lo es toda maniobra intra-uterina; yo he visto complicaciones seriamente graves por la simple dilatación con laminarias,—avivamiento de los dolores, aparición de fenómenos febriles, flogosis perisalpingíticas y pelvi-peritonitis,—aun empleando el tratamiento en períodos de calma de la salpingitis; no he de repetir lo dicho al hablar de las contraindicaciones del raspado del útero (1). Por lo tanto, si los efectos son discutibles y las contraindicaciones tan trascendentales, por seductor que aparezca el tratamiento, dada su sencillez, debe renunciarse á él, y yo de mí sé decir que cuando creo existe una colección purulenta tubárica, aunque esté latente, temo más á este tratamiento intra-uterino que á una laparotomía; por este motivo, después de los ensayos infructuosos que he practicado, hace tiempo que no recurro á dicho medio. Cuando nada hace sospechar la existencia de un foco supurado, sino simplemente colecciones serosas ó exudados plásticos del todo apagados en su virulencia, el tratamiento es tolerado, pero los resultados que proporciona son también muy discutibles; así es que en conjunto lo conceptúo un medio destinado á desaparecer y de aplicación sólo en los casos antes indicados.

El cateterismo de la trompa, propuesto por Tyler-Smitt en 1849 y que, de ser factible y práctico, sería un medio seguro para procurar la evacuación de la trompa quística, no pasa de ser un medio teórico y sin realidad práctica. Hasta ahora no se ha encontrado el medio de hacer este cateterismo, y aunque se citan de ello muchos casos fortuitos, deben atribuirse con Martin á anomalías en el calibre del istmo tubárico (normalmente mide de uno y medio milímetros) ó á perforación del útero.

Tratamiento radical. — Hace apenas cuarenta años (1872) que Lawsson-Tait introdujo una verdadera revolución en el tratamiento de las salpingitis practicando la laparotomía y extirpando el órgano enfermo. Antes de esta época las salpingitis eran tributarias tan sólo del tratamiento médico, y en aquella época pudo demostrarse que existen casos rebeldes á todos los recursos paliativos, absolutamente incurables y aun peligrosos.

Enfermas que durante ocho años eran víctimas de flogosis pelvianas de repetición, originadas por una pio-salpingitis, quedaban convertidas en verdaderas inválidas cuando, por una de las complicaciones propias de la dolencia, no pagaban con la vida la incurabilidad de la afección. La salpingitis por sí sola raras veces ocasiona la muerte; por lo general conduce á un estado de invalidez verdaderamente intolerable. Tan sólo por las complicaciones (rotura con pelvi-peritonitis ó peritonitis generalizada, fístulas inagotables, etc.) la pio-salpingitis se hace intolerable y puede conducir á la muerte.

De modo que, dado que la salpingitis algunas veces es tolerada y pocas amenaza directamente á la vida, se comprende que para llegar á sentar indicaciones precisas para la intervención radical ha sido preciso que los progresos

(1) Véase págs. 94 y 95.

en la técnica y en la antisepsia dieran á nuestras intervenciones una benignidad de que carecían en los primeros años en que la laparotomía se empleó contra la salpingitis. Se comprende que entonces se discutiera y que hubiese ginecólogos que protestaran de la frecuencia con que se practicaba la laparotomía contra la salpingitis, prefiriendo el tratamiento médico paliativo, que algunos llamaban equivocadamente conservador. Ese tratamiento mal llamado conservador era conservador de la dolencia, á la que perpetuaba, aumentando cada vez el número y la cuantía de las lesiones.

Actualmente, dada la casi inocuidad de nuestras intervenciones, es mucho más fácil sentar con precisión la conveniencia de una indicación radical llevada á cabo por uno ú otro de los procedimientos en uso.

En mi concepto, bastan hoy día un buen diagnóstico y pronóstico para dejar planteada la indicación. En cuanto al diagnóstico, conviene, siempre que sea posible, distinguir entre una hidro-salpingitis, una pio-salpingitis y una hemato-salpingitis; y en cuanto al pronóstico, haber dejado bien establecido el sello de *incurabilidad* después de recurrir al tratamiento paliativo.

Demostrada la *incurabilidad,* la indicación es más ó menos perentoria y urgente, según los casos: si se trata de una pio-salpingitis, aunque sea latente, la indicación no debe demorarse; si es una hemato-salpingitis, es también la indicación bastante perentoria, y únicamente en las hidro-salpingitis puede contemporizarse más ó menos, supeditando la urgencia de la indicación á los sufrimientos de la enferma.

Una vez demostrada la incurabilidad de la salpingitis nada vamos ganando con esperar, pues lo que ocurre es que nuevos ataques de agudización aumentan el número y cuantía de las lesiones, inhabilitando el órgano para poder practicar intervenciones conservadoras, á las que hemos de propender para que nuestra cirugía deje de ser mutilante.

La indicación quirúrgica no debe plantearse, por tanto, *en ningún caso de salpingitis aguda,* y sí tan sólo en las formas crónicas incurables. En éstas, la indicación de un tratamiento radical está completamente justificada por la incurabilidad de la afección, por los peligros que puede acarrear y por la incurabilidad casi completa de nuestras intervenciones en los casos favorables. Finalmente, *la intervención es preferible sea precoz,* una vez bien cimentada la indicación y poder, con mayor frecuencia, hacer operaciones conservadoras.

Respecto á la técnica y á las distintas operaciones y procedimientos que pueden y deben emplearse, será preferible reservarlo para el capítulo: *Tratamiento quirúrgico de las afecciones infectivas de los anexos.*

A pesar del cambio que se nota actualmente en la mayoría de ginecólogos, particularmente los alemanes, hacia la abstención en el tratamiento de las salpingitis, no he de cambiar en nada el criterio expuesto en mi primera edición: estoy firmemente convencido que cada caso debe estudiarse y resolverse aisladamente, y que si unos años atrás podían calificarse de *exageradas* las tendencias *intervencionistas,* hoy merecen igual calificativo las *abstencionistas* que pregonan algunos autores.

OVARITIS

Etiología y patogenia. — La misma cuestión de las metritis y de las salpingitis se presenta al estudiar las ovaritis en lo referente á su etiología, con la diferencia de que en todo tiempo se han reconocido en los ovarios lesiones que anatómicamente caen de lleno dentro del cuadro de la inflamación, y en su etiología se presentan completamente independientes de toda acción microbiana. No faltan autores como Pozzi, Labadie-Lagrave y Legueu que creen que en toda ovaritis existe la influencia microbiana; pero no parece dudoso que un gran número de lesiones que anatómica y clínicamente entran de lleno en el cuadro de las oforitis, son completamente independientes de todo agente infectivo.

El ovario, al igual que el útero, y todavía más que éste é infinitamente más que la trompa, es asiento de alteraciones y cambios circulatorios por su especial fisiología y evolución de sus elementos, que sin duda pueden influir en procesos patológicos. La maduración de los ovisacos origina un proceso enteramente parecido á otros procesos patológicos; la formación del cuerpo amarillo otro tanto; las congestiones periódicas menstruales, las que acompañan á la excitación sexual, y su misma movilidad, producen cambios frecuentes en su vascularización, que á poco que se perturben pueden convertirse en causa de alteraciones anatómicas de carácter patológico.

Organo parenquimatoso por excelencia, los cambios circulatorios así por congestión como por hiperemia son abonados á producir alteraciones anatómicas enteramente parecidas á las producidas por la infección.

De aquí que en la etiología y patogenia de la ovaritis figuren una serie de causas completamente ajenas á todo proceso infectivo, aunque la resultancia final de las alteraciones producidas se confunda frecuentemente con el efecto de los procesos verdaderamente microbianos. Muchos de ellos no son más que efecto de una causa irritante, que lo mismo puede ser un microbio que una alteración circulatoria completamente independiente de toda acción microbiana. Tan frecuentes son algunas de las alteraciones anatómicas del ovario, que existen estados que unos autores consideran como normales y otros los conceptúan patológicos; casi resulta difícil precisar en qué consiste el tipo del todo normal anatómicamente.

Las congestiones ováricas de carácter activo, verdaderas hiperemias más ó menos sostenidas, que se producen con motivo del molimen menstrual, alterado tan fácilmente por multitud de causas y estados accidentales del organismo, la hiperemia que acompaña á la excitación sexual, los coitos incompletos y la mansturbación, pueden sostener en el ovario un verdadero estado irritativo, con alteración vascular primero y luego de todos los tejidos del órgano, que perturbe profundamente el modo de ser del ovario, produciendo induraciones esclerósicas, reblandecimientos edematosos ó alteraciones quísticas de naturaleza variada. Para comprender lo que pueden estas alteraciones circulatorias, basta recordar la diferencia que se observa en la evolución del cuerpo amarillo fuera del período de gestación y durante el embarazo.

Las desviaciones de la matriz y los miomas uterinos producen con gran frecuencia alteraciones anatómicas del ovario completamente independientes de la acción microbiana.

Los estados generales del organismo ejercen sobre dicho órgano una influencia manifiesta. Así se ha observado que ciertas intoxicaciones, lo mismo que las enfermedades distróficas, producen las alteraciones propias de la ovaritis.

Los cambios bruscos de temperatura con enfriamientos pronunciados, la astricción pertinaz de vientre, ciertas profesiones que congestionan el ovario, son también causa frecuente de lesiones marcadas.

Todas estas causas obran por intermedio de *alteraciones circulatorias,* las que, sostenidas un día y otro, acaban por alterar la nutrición del órgano, produciendo primero alteraciones vasculares, luego infiltraciones del parénquima ovárico, y finalmente perturbaciones en la evolución y desarrollo de los folículos ú ovisacos.

Así se comprende que ciertas formas de ovaritis, como esclerosis, degeneración microquística, quistes foliculares y otras, vayan aumentando de frecuencia con la edad de la enferma, tanto que es raro encontrar en las cercanías de la menopausia un ovario que presente todos los caracteres de normalidad. Puede contarse que por lo menos una mitad de los ovarios presentan, hacia los cuarenta años, alguna de las alteraciones que estudiaremos en la anatomía patológica, completamente independiente de toda infección.

Todos los autores aceptan la importancia de estas *lesiones tróficas* del ovario independientes de la infección. Véanse las obras de Veit, Bland-Sutton, Fritchs, Petit y muchos otros; lo que no se verá es unanimidad en la interpretación y descripción de las lesiones, pero todos conceden gran importancia á los trastornos tróficos como agente etiológico y patogénico de las ovaritis de origen no microbiano.

Al lado de estas ovaritis tróficas, sin duda las más frecuentes, existen las *ovaritis infectivas*, producidas por la acción directa sobre el ovario de los microbios causantes de la infección. Los mismos que hemos visto como productores de la salpingitis son los que producen la ovaritis. El gonococo, el estreptococo, el estafilococo, el bacilo tuberculoso, el bacterium colli, el pneumococo, el bacilo tífico y la actinomicosis se han descubierto alguna vez en los productos flogísticos de la ovaritis.

Los trabajos de Wertheim y de Bumm han demostrado que el gonococo puede producir la ovaritis de una ú otra forma. Llega al ovario por el pabellón de la trompa, previa una salpingitis gonocócica; aunque el gonococo tiene sus mejores condiciones de residencia en las mucosas, y de éstas, en las que poseen epitelio cilíndrico vibrátil, se desarrolla también en otros epitelios, en los endotelios y en el tejido celular; el gonococo, al llegar al peritoneo, provoca fenómenos peritoníticos graves, en virtud de los cuales el ovario se adhiere á la trompa, la infección gonocócica invade entonces la superficie del ovario, produciendo sobre el mismo exudados, invade por infiltración la túnica albugínea y provoca en ella los fenómenos de una flogosis con infiltraciones ó supuraciones más ó menos extensas según la virulencia del agente causal. Además, puede el gonococo llegar al hileo del ovario por vía linfática al través del meso-

ovario, y esto ocurre principalmente cuando en un puerperio se desarrolla una gonococia genital y encuentra boquillas abiertas por los traumatismos puerperales.

El estreptococo y otros microbios piógenos llegan al ovario, bien por propagación de una infección vecina, como la salpingitis ó la pelvi-peritonitis, en cuyo caso la ovaritis es secundaria como la gonocócica; bien, y quizás más frecuentemente, por vía linfática ó sanguínea, originando una ovaritis primitiva con indemnidad por parte de la trompa. Así ocurre particularmente durante el puerperio, en que el estreptococo penetra por un desgarro del cuello, corre por los linfáticos al través del parametrio y penetra por el meso-ovario en el híleo y el estroma del órgano; ocurre lo mismo cuando se practican intervenciones no asépticas en el útero, como el raspado y la discisión del cuello. Otras veces los agentes piógenos llegan al ovario por vía sanguínea, como ocurre en las ovaritis que acompañan las infecciones agudas, cual la tifoidea, la viruela, la escarlatina, el sarampión, la gripe, la pneumonía, y producen una ovaritis microbiana primitiva con una trompa perfectamente sana y libre de toda infección. El mismo bacterium colli puede llegar al ovario por filtración directa sin obrar sobre la trompa.

El bacilo tuberculoso, al decir de todos los autores (Veit, Ammann, Faure y muchos otros), ataca muy raras veces el ovario de una manera primitiva. Afirman que casi siempre las alteraciones ováricas son hijas de una bacilosis de la trompa ó del peritoneo, propagada al ovario, y no falta quien cree que ni aun en estos casos la ovaritis tuberculosa es frecuente. Opino que pasará en el ovario lo que con la trompa, que á medida que se ha estudiado mejor, se ha encontrado ser más frecuente; sin duda que las lesiones serán algo fugaces cuando no figuran con más frecuencia en los análisis practicados, pero existe un dato clínico que hace presente que el ovario se resiente profundamente de la acción del bacilo de Koch, si no por acción directa, por acción indirecta, y es que no existe otra infección genital que ataque tan profundamente la función ovárica, produciendo una menopausia prematura ó una amenorrea de origen al parecer congénito. Podrá la ovaritis tuberculosa no ser primitiva, pero lo cierto es que cuando existe una erupción tuberculosa peritoneal, el ovario es quizás el órgano que más se resiente; ni la gonocócica ni la estreptocócica alteran tanto la evolución y la menstruación como la bacilosis genital. De modo que por la vía linfática y sanguínea llegan frecuentemente al ovario los mismos gérmenes que producen la salpingitis. Se comprende, por lo tanto, que si bien es difícil que exista una salpingitis sin que el ovario se resienta, se da el caso, con cierta frecuencia, de ovaritis intensas sin salpingitis marcadas; claro está que algo sufrirá la trompa en los casos de invasión ovárica intensa, pero, por regla general, el daño que sufre es menor en la ovaritis primitiva que el que sufre el ovario en las salpingitis.

Las condiciones de terreno abonado á la infección tienen en el ovario capital importancia. Las ovaritis tróficas antes mencionadas crean un *locus minoris resistentia*, particularmente cuando se fraguan lesiones quísticas de cierta importancia; los quistes foliculares, los del cuerpo amarillo y los ovarios poliquísticos son terreno particularmente predispuesto para la infección; hijos á veces ellos mismos de la infección, no hay duda que ofrecen en el contenido de

las cavidades terreno á propósito para la implantación de los microbios patógenos, particularmente los de la supuración. La observación de algunos casos clínicos en los que tenía previamente diagnosticada una degeneración quística de los ovarios, y que á consecuencia de una enfermedad infectiva aguda, como la tifoidea ó la gripe, ó de una gonococia ascendente que llegó al ovario, ha sobrevenido una supuración de los mismos, demuestra que el ovario quístico, sobre todo cuando tiene ya cierto volumen, es terreno propicio á la infección. En algunos de estos casos, sobrevenidos después de una infección general, las trompas estaban indemnes en su túnica mucosa. Tengo la convicción de que muchos de los ovarios supurados que encontramos en el curso de nuestras intervenciones han sido primitivamente quísticos, lo que se comprende facilmente, teniendo en cuenta la gran frecuencia de la degeneración quística del órgano de la ovulación.

Dada la patogenia de la ovaritis, se comprende que, según su origen, serán unilaterales ó bilaterales. Así vemos que las que subsiguen á una infección traumática (puerperal, operatoria ó de exploración no aséptica), son comúnmente unilaterales, y las consecutivas á infecciones generales suelen invadir los dos lados.

Así como la frecuencia de la ovaritis trófica va en aumento desde la pubertad á la menopausia, la infección puede presentarse en cualquiera época de la vida genital de la mujer, sin que sea absolutamente exclusiva de este período, pues en la infancia (aunque raramente) y en la vejez puede sobrevenir una ovaritis, sobre todo en el último período, si por casualidad el ovario venía predispuesto por una de esas alteraciones tróficas que persisten al través de los años.

La infección del ovario produce en este órgano los mismos desórdenes que en otro cualquiera del organismo; comenzando por la alteración vascular, produce infiltraciones, esclerosis ó supuraciones, según los casos, conduciendo á las distintas alteraciones anatómicas propias de toda irritación ovárica; sus lesiones no se diferencian, una vez desarrolladas, de las producidas por la ovaritis trófica; únicamente un producto puede considerarse privativo de la irritación ó flogosis microbiana, y éste es la supuración.

Anatomía patológica.—Indudablemente la clasificación de las ovaritis en tróficas é infectivas sería la más científica y de utilidad práctica si nos fuese dable diferenciarla. Pero realmente, si bien algunas formas anatómicas parecen ligadas á ciertas causas, en cambio causas distintas conducen á lesiones enteramente parecidas; la degeneración esclero-quística, aunque generalmente de origen trófico, puede tener su origen en una ovaritis gonorreica; los quistes hemáticos pueden ser de origen infectivo ó trófico; la esclerosis ofrece á veces un origen dudoso.

La misma confusión que reina entre los autores al describir y denominar las lesiones de la ovaritis, indica claramente la incertidumbre que reina acerca su naturaleza. Alteraciones que unos autores conceptúan de orden patológico, como ciertas induraciones y estados quísticos (1), otros dudan de su naturaleza

(1) Véase BONET y PETIT: *Traité pratique de Gynecologie*, pág. 246, y POZZI, *loc. cit.*, pág. 672.

anormal (1). Bajo el punto de vista clínico, no aparece más claro el asunto, puesto que una vez determinadas ciertas lesiones, la sintomatología es la misma, cualquiera que haya sido su origen.

Por todos estos motivos, la anatomía patológica conserva todas sus preeminencias, y la mejor clasificación es la que se basa en los caracteres de las lesiones que distinguen los diferentes tipos de ovaritis.

Sin duda, una de las más claras es la de Petit, adoptada por Pozzi, quien las divide en ovaritis no quísticas y ovaritis quísticas. Realmente, toda forma de ovaritis cabe en uno de estos dos grupos, haciendo la aclaración que corresponden á las quísticas aquellas en que el desarrollo de una ó varias cavidades de volumen variable comunican al órgano todo el aspecto de órgano quístico, y á las no quísticas las demás formas, aun aquellas en que existen pequeñas cavidades ó quistes que no deforman grandemente el órgano ni le comunican el aspecto de órgano quístico. En cuanto á las variedades de cada una de estas formas, cada autor incluye las que le parecen, pues las subdivisiones abundan; tal es la diversidad que pueden presentar.

Describiré entre las ovaritis no quísticas la ovaritis aguda y la crónica, y entre las quísticas las colecciones serosas, las hemáticas y las purulentas.

Ovaritis no quísticas. — *Ovaritis aguda.* — Llamada por algunos *ovaritis infectiva,* es siempre de origen microbiano y presenta tres formas principales bastante definidas, las que á veces se entrecruzan y confunden, guardando empero relación etiológica y clínica, aceptada por Petit (2), bajo el punto de vista anatómico, y por Weit (3), bajo el concepto etiológico y clínico.

La *ovaritis intersticial difusa,* de origen casi siempre puerperal, se caracteriza por un aumento de volumen y una fuerte hiperemia del órgano, que se halla fuertemente congestionado y á veces equimótico. El estroma está edematoso por infiltración micro-celular y serosa ó sanguínea; los folículos aumentados de volumen se presentan algo quísticos y llenos de serosidad ó de sangre. Las lesiones se difunden á todo el órgano, y se comprende, del momento que la infección se ha propagado por vía linfática. Las lesiones persisten más ó menos tiempo para terminar á veces en una resolución completa, pasando otras á un estado de cronicidad que origina algunas de las formas de la ovaritis crónica, y en ocasiones se forman pequeñas colecciones de pus en los folículos ó á lo largo de los vasos, que forman una verdadera infiltración purulenta ó se fusionan ocasionando un verdadero absceso ovárico.

La *ovaritis aguda cortical* se diferencia de la anterior porque es invadido el ovario por la superficie; su origen suele ser gonocócico, pero puede también ser de otra clase cuando la ovaritis sobreviene en el curso de una pelvi-peritonitis. La superficie del ovario se presenta cubierta de exudados, y la infiltración y congestión del órgano es más acentuada hacia su superficie que en el espesor. No es raro que siendo las lesiones y la infección principalmente cortical, algu-

(1) Véase Kelly: *Operative Gynecology,* tomo II, pág. 177, y Montgomery: *Practical Gynecology,* pág. 398.

(2) *Loc. cit.,* pág. 245.

(3) *Enciclopedia de Ginecología,* tomo III, pág. 274.

nos folículos supuren y el pus invada el espesor del órgano dejándolo convertido en absceso perfectamente equiparable al anterior. Otras veces sufren las lesiones é infiltraciones una regresión y queda el ovario casi normal, aunque recubierto de falsas membranas, ó queda convertido en alguna forma de ovaritis crónica.

La *ovaritis aguda parenquimatosa* tiene su asiento en los folículos. Es debida á las infecciones agudas que transmiten la infección al ovario por vía sanguínea, como la tifoidea, el cólera, la viruela, etc. Las lesiones características se encuentran en los folículos: la membrana granulosa es destruída, el líquido folicular enturbiado y el óvulo aniquilado, aunque resiste más que las células que le rodean; cuando las lesiones no pasan de aquí y la enfermedad termina por la curación, puede dejar una esterilidad absoluta, y á dicha causa puede atribuirse algunas veces la esterilidad que subsigue á ciertas infecciones agudas. Si la infección es más intensa, igual que las formas anteriores, puede terminar en supuración difusa ó circunscrita, ó bien originando alguna forma de ovaritis crónica.

Ovaritis crónica.— Hija unas veces de la ovaritis aguda que pasa al estado crónico, es debida otras á trastornos puramente tróficos. Las lesiones que caracterizan la ovaritis crónica tienen casi todas su representante en el estado normal, puesto que el ovario menopáusico es casi un cuerpo fibroso y la evolución espontánea de sus ovisacos es realmente quística.

En la ovaritis crónica se presentan dos formas, según dominen unas ú otras alteraciones: la forma *esclerósica* ó *cirrótica* cuando predomina el tejido conjuntivo, y la forma *quística* cuando son las lesiones de los folículos las que tienen la preponderancia; la una es la ovaritis intersticial y la otra parenquimatosa.

La ovaritis *esclerósica* ó *cirrótica* está caracterizada porque el tejido conjuntivo aumenta y se hace denso, adquiriendo el ovario mayor dureza. Algunas veces conserva su tamaño, pero con surcos debidos á retracciones de su superficie que semejan circunvoluciones cerebrales. Otras veces está aumentado de volumen, pero siempre presenta mayor dureza de la normal; su color es blanquecino, y se encuentran zonas de coloración y dureza variables. Al microscopio se observa una gran proliferación del tejido conjuntivo que forma hacecillos densos; raras veces se encuentra infiltración micro-celular; sólo existe en los que tienen su origen en una ovaritis aguda reciente, porque si ha pasado mucho tiempo se reabsorbe y desaparece. En cambio los folículos están atrofiados y hasta llegan á desaparecer en algunos casos: el ovario parece verdaderamente un órgano senil.

Aunque los autores describen varias formas de ovaritis crónica esclerósica, según que comience en una ú otra región del ovario, todas vienen á confundirse en una verdadera degeneración fibrosa, así haya comenzado por la parte cortical (ovaritis cortical de Petit (1), peri-ovaritis de Lawsson-Tait) (2), en el tejido conjuntivo (ovaritis diseminada), ó atacando todo el órgano á la vez (ovaritis hipertrófica).

---

(1) *Loc. cit.*, pág. 246.

(2) LAWSSON-TAIT: *Traité clinique des maladies des femmes*, pág. 477.

Como variedad de la ovaritis fibrosa hay que recordar la *ovaritis atrófica,* en la que el proceso del tejido conjuntivo en vez de terminar por una esclerosis estable y permanente sufre una reabsorción y el órgano se atrofia, quedando á veces reducido á un pequeño cuerpo fibroso, del volumen de un garbanzo, adherido al extremo de la trompa y sin trazas de folículos; es rara, pero se encuentra alguna vez. Recuerdo haber visto algunos casos, y cuando ha de sobrevenir esta atrofia, generalmente no se hace esperar: todas eran mujeres jóvenes con la historia de una ovaritis. En algún caso, el ovario atrófico lo he visto quístico con una ó dos cavidades, las que casi constituían todo el órgano,

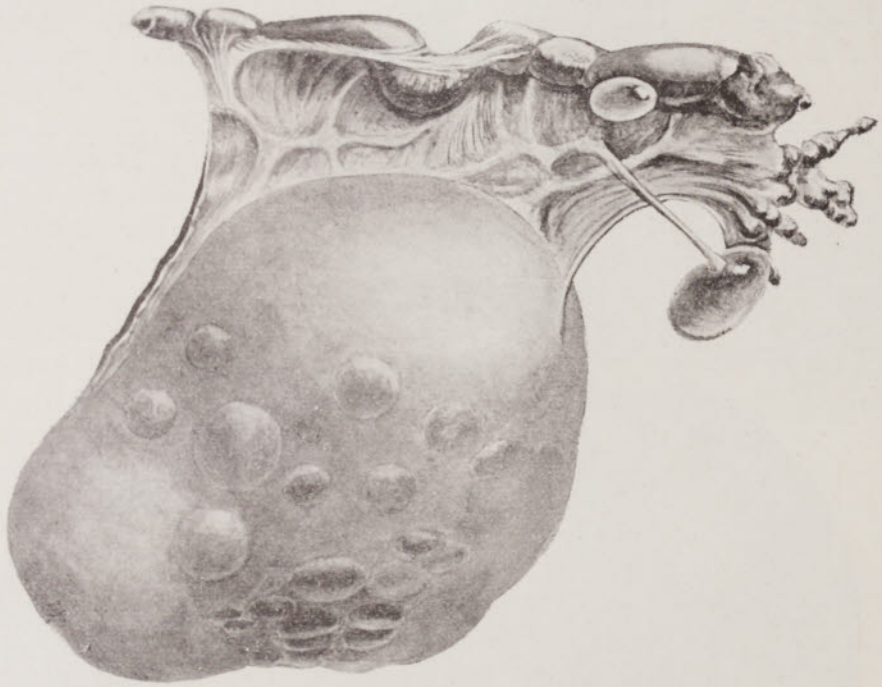

FIG. 235

Ovaritis esclero-quistica (KELLY).

y se comprende que igualmente puede existir una atrofia puramente fibrosa como quística según sea la forma de ovaritis crónica que la haya originado.

La *ovaritis crónica folicular ó quística,* llamada también *degeneración microquística, ovaritis esclero-quística,* se caracteriza porque las lesiones se encuentran principalmente en los folículos y le comunican un carácter especial. Se encuentran en la superficie del ovario una serie de pequeños quistes en número variable, pudiendo contarse á veces quince ó veinte y siendo otras incontables por su número, de volumen distinto, siempre pequeño, desde un grano de mijo ó una lenteja hasta un garbanzo como máximum, llenos de un líquido transparente, á veces citrino, y que no son otra cosa que los mismos folículos ú ovisacos hipertrofiados, en los que durante algún tiempo se conservan la capa granulosa y el óvulo, pero que si son muy antiguos éste ha desaparecido; á veces algunos de estos folículos se alteran, se reabsorben y atrofian, comunicando á la superficie del ovario un aspecto granuloso (fig. 235).

Algunos autores creen que estos pequeños quistes son normales, y por eso con Ziegler aceptan la denominación de *hipertrofia folicular;* cuando menos suponen un proceso irritativo y formativo que bien cabe dentro de la inflamación, con mayor motivo si tenemos en cuenta que, si bien muchas veces esta alteración es de orden trófico, otras subsigue manifiestamente á una infección.

FIG. 236

Quistes foliculares (KELLY).

A la vez que esta hipertrofia ó degeneración folicular, existe en la ovaritis esclero-quística hipertrofia y condensación del tejido conjuntivo, tanto alrededor de los folículos como en el estroma del ovario; la capa ovígena está muy engrosada y sólo se presenta adelgazada en los sitios donde un pequeño quiste forma prominencia en la superficie.

La ovaritis esclerósica y la quística se combinan de mil maneras y dan lugar á muy variadas formas. A veces todo el ovario está cirrótico y en uno de

sus extremos encontramos uno ó dos quistes; otras se presenta quística una de las caras del ovario, en tanto que la otra está lisa; ó bien todo el órgano está liso excepto en el borde, que presenta una serie de cinco ó seis quistes alineados. Acaba de aumentar la variedad el que, aunque raramente, alguno de los pequeños quistes está lleno de serosidad sanguinolenta. Aunque la lesión suele ser bilateral, alguna vez es de un solo lado, y siempre se encuentra diferencia entre el grado alcanzado por la lesión en uno y otro ovario.

Ovaritis quísticas. — *Quistes serosos.* — Son muy frecuentes, y no deben confundirse ni con los pequeños quistes foliculares de la ovaritis esclero-quística ni con la neoplasia denominada quiste del ovario. Su volumen varía desde el de una nuez pequeña á un huevo de gallina y alguna vez llegan á ser como el puño. Formados generalmente por una sola cavidad, que parece comprender todo el ovario, pues el resto de substancia ovárica distendida y estirada parece confundirse con la pared quística, pueden tener dos y tres cavidades (fig. 236). En otra forma de ovario quístico y seroso (fig. 237) el ovario del volumen dicho se presenta multilocular, con tabiques de separación entre una y otra cavidad; todo el estroma del órgano está invadido por cavidades de tamaño distinto y conserva el órgano una forma redondeada ú oblonga. Mucho más rara que las dos anteriores es la degeneración quística racimosa del ovario, en la que varios quistes redondeados emergen del ovario formando como cavidades esféricas independientes.

Fig. 237

Ovaritis quística multilocular (tamaño natural).

El contenido de estas distintas cavidades es seroso claro, á veces citrino y en ocasiones de color amarillento. Las paredes que constituyen dichos quistes son generalmente delgadas y casi transparentes, de modo que dejan adivinar el carácter del contenido; otras veces son un poco más gruesas y de un blanco nacarado, particularmente en la forma de quiste reticulado; están constituídas por tejido conjuntivo pobre en vasos y no tienen en su interior membrana epitelial, lo que les diferencia de la neoplasia ovárica quística. En los restos de tejido ovárico sano que se encuentran á veces, no existen más que muy contados ó ningún folículo sano, notándose las alteraciones propias de la ovaritis crónica, cosa que justifica que dichas lesiones se estudien en los trastornos de nutrición, lo que además viene confirmado por las frecuentes adherencias que presentan con los órganos vecinos y con la trompa. Esos ovarios son muy poco vasculares y generalmente están prolapsados en el fondo de Douglas.

La característica de esos ovarios quísticos es que no aumentan de volumen y permanecen estacionarios una vez alcanzado su desarrollo, por cuyo motivo, ni clínica ni anatómicamente deben confundirse con las neoplasias del ovario, y bajo el punto de vista patógeno tampoco, pues no parece dudoso que su ori-

gen se debe á un proceso irritativo hijo de una infección ó de un trastorno trófico; semejan una verdadera ovaritis esclero-quística muy desarrollada y no faltan tipos que por su tamaño y condiciones parecen ofrecer una transición entre una y otra forma.

Unos los llaman quistes foliculares, otros hidropesía folicular; Pozzi propone el nombre de *enfermedad quística del ovario*, lo que tiene la ventaja de no presuponer nada respecto á su origen y comprender todas las variedades, así las uni ó pauciloculares como las multiloculares y las conglomeradas.

Generalmente, el origen de estos ovarios quísticos se encuentra en los folículos dilatados por una enorme exudación; todos los autores están conformes en admitir este origen, y de aquí el nombre de quistes foliculares; aunque generalmente el óvulo está destruído, alguna vez se ha podido encontrar en él contenido, justificando el origen folicular; y se comprende, por tanto, que si bien el quiste se presenta con la mayor frecuencia unilocular, no siempre quedará limitada la lesión á un folículo, sino que pueden ser varios los alterados, como ocurre con los conglomerados ó racimosos y en los reticulados, que invaden todo el estroma.

Otras veces el quiste tiene su origen en un *cuerpo amarillo*, como había reconocido ya Rokitanski, por falta de dehiscencia del folículo de Graaff ó porque una vez iniciado el proceso cicatricial es perturbado por la hidropesía de la cavidad. El origen de algunos hidro-quistes del ovario se encuentra en un folículo de Graaff con hemorragia abundante intra-folicular, cuya sangre al alterarse deja reabsorber la parte colorante y queda la parte líquida, y de aquí la coloración amarillenta que presentan algunos. Estos quistes del cuerpo amarillo se distinguen porque la pared interna es rugosa y más aislada del resto, y tiene una coloración amarillenta debida á los restos de materia colorante sanguínea. Por lo demás, son también de origen folicular como los anteriores, y la única diferencia estriba en que la irritación exudativa que los origina tenga lugar antes ó después de la maduración del huevo ó de la rotura del folículo de Graaff. Se comprende que raramente se encontrará más de un quiste originado en la vesícula de Graaff; algunas veces se encuentran junto con quistes foliculares simples.

Existe otra forma de ovarios quísticos descrita por Petit, Pozzi y otros, en la que el órgano, muy aumentado de volumen, presenta una verdadera infiltración serosa con lagunas linfáticas de gran tamaño que simulan cavidades quísticas. Es rara, y parece coexistir con obstáculos á la circulación, como en ciertos casos de fibroma, en las varices del plexo pampiniforme, etc.

Quistes hemáticos. — Generalmente de tamaño reducido, la mayoría son de origen folicular y representan una verdadera hemorragia intra-quística; alguna vez podrá ocurrir que por una causa accidental tenga lugar un derrame sanguíneo en un quiste folicular ya desarrollado, pero la inmensa mayoría son debidos á hemorragias del cuerpo amarillo y por eso no suelen ser múltiples ni de gran tamaño (un huevo de gallina por regla general). El contenido se presenta líquido ó coagulado, según los casos y el período en que se observan, pues ya he indicado antes que ciertos quistes hemáticos acaban por ser serosos.

Otras veces se trata de hemorragias intersticiales, como en ciertas ovaritis intensas, en cuyo caso no constituyen la lesión principal y suelen ser pasajeros; pero existe otra forma de hemorragia intersticial de orden puramente trófico, en la que el ovario queda reducido á modo de cáscara llena en su interior de sangre coagulada, formando á modo de barro esplénico; se la conoce con el nombre de *apoplejía del ovario,* y suele recaer en personas de temperamento nervioso. Recuerdo un caso típico (fig. 238) análogo á otro que presenta Legueu en su obra (1), con la diferencia de que en el mío la trompa estaba absolutamente sana, como también los anexos del lado opuesto, motivo por el cual consideré dicha apoplejía de origen trófico y no infectivo. El estroma ovárico estaba

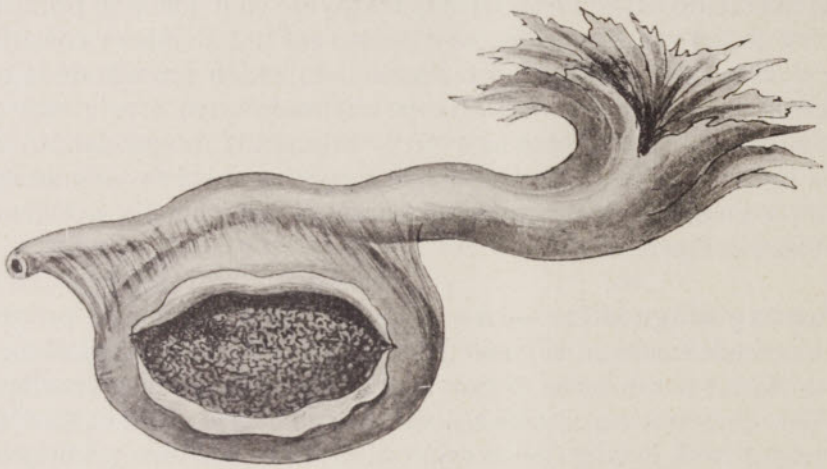

FIG. 238

Apoplejía del ovario.

completamente destruído y el ovario opuesto sano y ovulando bien (después de extirpado el ovario apoplético la enferma ha tenido dos hijos en cuatro años).

Quistes purulentos.—Son de dos clases: ó se trata de un absceso fraguado en el espesor del ovario á consecuencia de una ovaritis, ó se trata de una cavidad quística folicular, ya existente, que se infecta y supura.

La operación con que Lawson-Tait inauguró en 1872 las intervenciones sobre los anexos, era precisamente por un absceso ovárico (2). La infección invade el ovario, y podemos encontrar, ora una verdadera supuración difusa con multitud de focos aislados, ora un solo foco que abarca una región del ovario ó todo el órgano; generalmente es esta última forma, aunque muchos comiencen por supuraciones difusas, porque éstas tienden á fusionarse y á formar una cavidad única más ó menos central, según se trate de una infección como la puerperal, que llega por vía linfática, ó la gonocócica, que suele penetrar por la superficie.

(1) *Loc. cit.*, pág. 679.

(2) *Loc. cit.*, pág. 459.

Otras veces se trata de colecciones purulentas desarrolladas en una cavidad quística preexistente, á donde llegó el germen piógeno, encontrando un magnífico terreno en el contenido seroso del quiste. Más de una vez he visto un quiste purulento, al lado de otro que no lo era, en un mismo ovario.

La cantidad de pus es muy variable: el absceso ovárico suele ser pequeño, como de 10 á 15 gramos; en cambio, el quiste supurado puede presentar el mismo volumen que tenía antes y por tanto alcanzar fácilmente 50 y 100 gramos de pus; éste es variable en su aspecto: seroso unas veces, loable otras, puede también ser gelatiniforme y de color amarillo ó verdoso. En las paredes del pio-quiste ó del absceso se encuentran todas las alteraciones flogísticas propias de una supuración.

Indudablemente existen ovarios supurados de una manera primitiva sin intervención de la trompa, y estos casos suelen ser unilaterales y constituyen á veces por sí solos toda la lesión. Aun cuando la infección proceda de la trompa, no es una extrañeza encontrar una trompa supurada cuyo ovario está sano, y un ovario supurado cuya trompa sólo ofrece salpingitis intersticial. No es preciso que la infección deje en el camino que sigue las mismas lesiones en todas partes, porque en ello influyen tanto el carácter del microbio patógeno como las condiciones del terreno.

Síntomas y diagnóstico.—La *ovaritis aguda* se caracteriza porque suele aparecer inopinadamente en el curso de una infección genital ó general.

Se caracteriza por dolor en la fosa ilíaca correspondiente: se irradia á toda la pelvis, pero presenta un carácter distintivo, cual es el de su extensión hacia el muslo respectivo á lo largo del nervio crural; es espontáneo y á la presión, y generalmente tan intenso, que imposibilita toda exploración fructífera, sobre todo durante los primeros días.

A la vez que el dolor, aparecen fenómenos uterinos caracterizados por menorragias ó metrorragias, á veces muy abundantes, y leucorrea; cierto que algunas veces serán estos fenómenos debidos á la infección uterina, que precedió á la ovárica, pero cuando no es así, la influencia que el ovario ejerce sobre el útero es manifiesta é indiscutible.

La micción, defecación y coito son dolorosos, y este último con frecuencia absolutamente intolerable.

Aparte los síntomas locales, existen fenómenos generales caracterizados por náuseas, vómitos, astricción de vientre, fiebre más ó menos alta, inapetencia y frecuencia de pulso.

Todos los síntomas locales remiten cuando la ovaritis tiende á la curación ó pasa al estado crónico, y el cuadro aparatoso de los primeros días cede á los diez ó doce, excepto cuando termina por supuración. El absceso ovárico sostiene las manifestaciones dolorosas, y los fenómenos generales muchos más días con gran intensidad; particularmente el dolor presenta crisis violentas cual no las ofrece ninguna otra flogosis genital, hasta que, establecida la supuración, cuando la virulencia de los gérmenes se atenúa y los fenómenos flogísticos ceden en intensidad, calman las manifestaciones dolorosas y generales y sobreviene un período de calma.

El *diagnóstico de la ovaritis aguda* no suele presentar grandes dificultades;

la mayor confusión suele existir cuando, debido á una genitalitis ascendente que pasa primero por las trompas, se origina una salpingitis cuyos síntomas ocultan los de la ovaritis. Aun así, si además de los síntomas indicados se puede comprobar, por medio de la exploración directa, la existencia en el fondo de saco posterior, en donde suele caer el ovario inflamado, de un cuerpo redondeado, liso y doloroso, el diagnóstico quedará establecido con certeza. Si el origen de la ovaritis no es genital, no suelen existir grandes dificultades. El diagnóstico de supuración se establece por la persistencia de los síntomas y los fenómenos generales, y sobre todo porque la exploración nos demuestra un ovario abultado que no disminuye de volumen ni se amengua su sensibilidad, á la vez que persisten fenómenos generales infectivos. El diagnóstico diferencial entre una pio-ovaritis y pio-salpingitis agudas debe fundarse en la intensidad de los dolores, en sus irradiaciones hacia el nervio crural, propias de la ovaritis, y en la exploración del ovario, que se presenta como un cuerpo independiente del útero y en el fondo de Douglas. Muchas veces el diagnóstico será seguro, pero otras resultará dudoso, particularmente si ambos órganos son atacados á la vez ó se forma alrededor una masa de peri-salpingitis.

Los *síntomas de la ovaritis crónica* son sumamente variables y no siempre están en relación con la cuantía de las lesiones. Desde luego cabe distinguir las ovaritis no quísticas de las quísticas.

Tanto en la forma esclerósica como en la esclero-quística, los fenómenos dominantes son las manifestaciones dolorosas, principalmente con carácter dismenorreico, que suelen preceder á la menstruación y que corresponden á lo que antiguos clínicos llamaron dismenorrea ovárica; aparte estas manifestaciones dolorosas dismenorreicas, es frecuente encontrar dolores ilíacos, con irradiaciones crurales, en los períodos intermenstruales; á veces existe dispareunia, y casos hay en que el menor movimiento despierta la sensibilidad del ovario, de modo que las enfermas se ven condenadas á un reposo casi absoluto. La esterilidad no es un síntoma constante en la ovaritis. Los fenómenos generales son muy variables y marcados en general con el sello del síndrome neurasteniforme ó histeriforme: neuralgias varias, jaquecas, dolores espinales, mareos, inapetencia, laxitud, á veces verdaderas convulsiones alternadas con paresias, etc., etc.

Dada la variedad de síntomas generales que existen en los casos de ovaritis cirrótica y esclero-quística, es natural preguntarse la relación de causa á efecto que pueda existir entre la lesión y las manifestaciones que la acompañan. Sabido es lo que se ha discutido y la importancia que le dió Batey al proponer la castración para el tratamiento de estos estados, y que desde 1872, en que dicho autor propuso la operación, muchísimos ginecólogos hemos recurrido á su empleo; el material acumulado es bastante para formar criterio, y desde luego éste debe basarse en dos hechos importantísimos, y son: 1.°, muchas enfermas que tienen ovarios esclerósicos y esclero-quísticos dejan de presentar esos fenómenos generales que á dicha enfermedad se han atribuído, y aun las manifestaciones locales no aparecen en gran número de casos, en que una intervención motivada por otra causa, pone al descubierto la alteración ovárica; 2.°, los resultados terapéuticos obtenidos con la castración ú operación de Batey, no han respondido á la idea patogénica de que fuera el ovario el causante de los dis-

turbios nerviosos: todos los ginecólogos poseemos ejemplos del fracaso de dicha intervención, particularmente cuando con ella nos hemos propuesto combatir fenómenos generales. Esto basta para dejar sentado que las manifestaciones de la ovaritis crónica deben ponerse más en la cuenta del estado general neuropático que de las lesiones locales, y que el neuro-artritismo, hereditario ó adquirido, representa mayor papel en su génesis que la alteración de la estructura ovárica. Los síntomas de la ovaritis crónica serán más ó menos ruidosos según la predisposición de la enferma, desde una latencia absoluta á las más insólitas exteriorizaciones.

Conviene, por tanto, sobremanera saber á qué atenerse en cada caso concreto respecto al papel que la enfermedad ovárica desempeña en la génesis del síndrome, para poder sentar indicaciones oportunas.

Sobre dos bases debe descansar la importancia que se dé á la lesión ovárica como causa patogénica: en primer lugar, la ausencia ó presencia de otras manifestaciones en el resto del organismo que justifiquen el considerar las manifestaciones ováricas como una de tantas exteriorizaciones neuro-artríticas; y en segundo lugar, la persistencia y fijeza de los síntomas locales que den valor á las lesiones existentes.

En el primer concepto, cuando una enferma presenta este síndrome especial atribuído á la ovaritis, debe explorarse si existen otras manifestaciones que patenticen un estado general; enfermas que durante su vida han sido siempre irritables y han presentado manifestaciones distintas de nervosismo, suelen ser las más propensas á reflejos ováricos, y en este caso la lesión tiene poca importancia y no hace más que exasperar un estado ya existente. Sobre todo son sospechosas las enfermas que ofrecen un cuadro ovárico exagerado, y á la vez sufren enteritis muco-membranosa con grandes crisis dolorosas. Estas enfermas, que casi siempre sufren lesiones esclero-quísticas del ovario, no benefician gran cosa de su curación, tanto si se extirpa el órgano como si se trata por procedimientos conservadores. La lesión ovárica en estos casos no tiene la importancia, como causa patogénica, que ofrece en una enferma con sistema nervioso bien equilibrado, sin antecedentes ni manifestaciones actuales de fondo neuro-artrítico.

En el segundo concepto, una investigación anamnésica y actual de las manifestaciones dolorosas es de gran importancia. Aquellos casos en que la enferma no puede señalar un comienzo á su enfermedad, sino que indica molestias desde que comenzó su vida genital, no son comparables con aquellos otros en que, tras un período cloro-anémico ó una infección cualquiera, ó los datos de una genitalitis ascendente que desapareció como manifestación infectiva, ó de un parto con puerperio algo accidentado, empezaron á manifestarse fenómenos dismenorreicos y manifestaciones dolorosas en una fosa ilíaca ó en ambas. No concederemos igual importancia á la alteración ovárica cuando los focos dolorosos genitales ofrecen poca fijeza, existiendo en distintos sitios y con intensidad variable, que cuando existe un foco fijo de dolor ilíaco, que ocupa siempre el mismo sitio, se exalta bajo análogas circunstancias y responde á nuestra exploración siempre de igual manera y con dolor en el mismo fondo de saco y en la misma fosa ilíaca. Cuando las manifestaciones locales ofrecen fijeza y constancia, podemos conceder importancia á la lesión ovárica.

Aparte las manifestaciones dolorosas, existen en la ovaritis crónica, con gran frecuencia, menorragias y leucorrea. Si bien puede existir, concomitando con la ovaritis, una metritis, es indudable que la irritación ovárica trasciende al útero y puede determinar fenómenos congestivos.

El *diagnóstico* debe fundarse en la existencia de los síntomas dichos y en la exploración directa. Esta será algunas veces completamente superflua, porque no lograremos explorar el ovario que ocupa su situación, no está aumentado de volumen y recae en una enferma regularmente gruesa; pero la mayor parte de veces lograremos alcanzarlo al través del fondo de saco posterior ó del recto, y descubrimos su sensibilidad exquisita, y hasta comprobamos á veces su aumento de volumen. Precisamente en una de las formas dolorosas, cual es la ovaritis atrófica, la exploración es completamente negativa. Por lo demás, la falta de exudados, el poco volumen, la situación, la forma y á veces la movilidad del ovario, impedirán confundirlo con una salpingitis.

En la *ovaritis quística* los síntomas no son, por lo común, tan acentuados como en la ovaritis esclerósica. Tanto los quistes foliculares como los hemáticos no suelen ser tan dolorosos como los ovarios esclero-quísticos. Son muchísimas las enfermas que los toleran perfectamente sin experimentar grandes molestias, de modo que generalmente se descubre por casualidad el ovario quístico. Algún dolor más ó menos vago, trastornos dismenorreicos, irregularidades menstruales, dispareunia y dolor á la defecación es todo lo que suele encontrarse. Cabe hacer una excepción cuando se trata de la apoplejía del ovario, porque ésta es sumamente dolorosa; bien es cierto que quizás bajo el punto de vista de su naturaleza mejor estaría entre las ovaritis crónicas que entre las ovaritis quísticas; como éstas constituyen al cabo una enfermedad estacionaria, se comprende que lleguen á gozar de cierta tolerancia.

El ovario purulento tiene siempre un período doloroso, más ó menos largo, durante la agudeza del proceso; pero cuando se ha establecido la cronicidad y el pus se ha atenuado, las manifestaciones dolorosas suelen también ser remisas, tanto si el absceso es primitivo como si se trata de la supuración de un quiste folicular. Mejor que las formas serosa y hemática, despierta seguramente fenómenos flogísticos en las vecindades, según luego diremos; pero aparte estos epifenómenos, son muchos los ovarios supurados que no despiertan manifestaciones locales ni generales.

Para el diagnóstico de la *enfermedad quística del ovario,* y aparte la historia de la enferma, que demuestra casi siempre un período de agudización en época remota, la exploración directa nos proporciona datos mucho más positivos que en la forma anterior. El tacto vaginal descubre en el Douglas el tumor propio del ovario, de volumen variable, pero siempre mayor que un huevo de gallina; su forma algo esférica, á veces su movilidad y su independencia del útero, lo distinguen de la salpingitis, aunque puede confundirse con ésta. La exploración combinada permite casi siempre coger el tumor entre las dos manos, y lo encontramos hacia atrás ó á un lado, adosado al ligamento ancho, en cuya hoja posterior suele estar muy adherido. La fluctuación es á veces manifiesta, y tanto el tacto simple como el combinado la descubren fácilmente.

Lo más importante, sin duda, es poder diagnosticar el contenido purulento por la importancia que tiene para las indicaciones; cuando el pus es antiguo

no suele producir fenómenos locales ni generales, pero en los casos no muy viejos el dolor local, espontáneo ó á la presión, los fenómenos generales de infección y la historia de la enferma, podrán inclinarnos á aceptar ó desechar el diagnóstico. En caso de duda, pocas veces podremos recurrir á una punción exploradora, pues es preciso para ello que el tumor esté en el Douglas y se presente adherido, ya que en otro caso la punción sería peligrosa, y en cambio podremos siempre emplear como recurso el examen de la sangre, que á veces proporciona datos de importancia (1).

Curso, complicaciones y pronóstico.—La *ovaritis aguda* recorre su ciclo en unos quince días, y sus manifestaciones dolorosas, trastornos menstruales y generales, desaparecen. Cuando pasa á ser crónica ó termina por absceso, entra en la categoría de las otras formas.

La *ovaritis crónica* esclerósica ó esclero-quística es de marcha sumamente lenta, crónica hasta la incurabilidad; tan sólo el embarazo y la menopausia, disminuyendo las congestiones periódicas, ejercen una influencia manifiesta. Sobre todo, la menopausia tiende á apagar las manifestaciones de la ovaritis. Así es que la enfermedad suele persistir años, con períodos de más ó menos tolerancia, relacionados comúnmente con la vida de la enferma, respecto á relaciones sexuales y al reposo que guarda. La ovaritis crónica es notable por su rebeldía, y si bien se logra á veces una notable atenuación de los síntomas, en general merece un pronóstico de incurabilidad. Aunque no amenaza la vida, muchas veces convierte á las enfermas en inválidas.

La *ovaritis quística* es una enfermedad estacionaria, crónica é incurable, aunque sujeta á variaciones. No hay duda que algunos quistes foliculares y algunos hematomas del cuerpo amarillo pueden desaparecer, aquéllos rompiéndose por presión excesiva, y vertiendo su contenido en el peritoneo, y éstos reabsorbiéndose. La posibilidad de que un quiste folicular pueda abrirse al peritoneo está comprobada: más de una vez he visto desaparecer un ovario quístico en quince días, de una á otra exploración, manifestando la enferma haber sufrido aquellos días un dolor agudo en el bajo vientre, que se disipó en dos ó tres días, provocado por el derrame del contenido, que, no siendo séptico, no provoca otro fenómeno que una peritonitis tóxica limitada y pasajera. También más de una vez ha desaparecido bajo mis dedos un quiste bien dibujado, acompañándose el fenómeno del mismo dolor que en el caso anterior, y aunque no he tenido nunca ocasión de comprobar que se trataba de la rotura de un quiste folicular, en una laparotomía inmediata, tengo de ello la convicción y una comprobación suficiente en los hechos citados por Kelly, Legueu, Veit y otros, análogos á los míos y seguidos de comprobación biópsica. Probablemente, algunas de las adherencias que rodean el ovario quístico son debidas á este fenómeno. Por otra parte, los quistes foliculares son susceptibles de una regresión, y ello explica por qué, siendo la enfermedad estacionaria y crónica, puede ofrecer variaciones en su volumen y hasta quizás llegar á la desaparición. El mayor peligro que en mi concepto ofrece la enfermedad quística del ovario, es la facilidad con que sufre la infección purulenta, pues la serosidad de sus cavidades es

(1) Véase pág. 468.

un magnífico terreno de cultivo. Poseo gran número de observaciones de ovarios quísticos perfectamente tolerados, que con motivo de un aborto, de una infección gonorreica ó de una infección general, se han infectado y supurado, ocasionando todos los peligros del pio-quiste ovárico. De modo que el pronóstico de la enfermedad quística del ovario es de incurabilidad, y siempre representa un cierto peligro por las contingencias que en su curso pueden sobrevenir.

La apoplejía del ovario es decididamente crónica é incurable, aunque puede presentar oscilaciones. El caso á que hice referencia y que lo tuve en observación durante tres años, me permitió comprobar con frecuencia un aumento de volumen del ovario izquierdo, coincidiendo con agudización de los dolores; en pocos días disminuía el ovario hasta que reaparecían los síntomas; creo había verdaderas hemorragias parenquimatosas. Durante su evolución, hubo un embarazo normal y después siguieron los mismos fenómenos hasta que extirpé el ovario. Al observar el proceso trófico de este ovario en un aparato genital completamente virgen de infección, por lo menos aparente, y recayendo en una enferma extremadamente nerviosa, hube de pensar si en algunos casos será verdad la opinión de Schultze (1) cuando dice que ciertos trastornos tróficos de la ovaritis obedecen á influencias del sistema nervioso central.

Una complicación harto frecuente en las ovaritis es la *peri-ovaritis*. Existe en mayor ó menor grado en las ovaritis agudas, en las ovaritis crónicas de origen infectivo, en los ovarios quísticos, y, sobre todo, en los ovarios supurados, faltando comúnmente en las de orden trófico. Restos de peri-ovaritis los encontramos frecuentemente en las intervenciones sobre los anexos, en adherencias que fijan el ovario al fondo de Douglas, á la cara posterior del ligamento ancho, al apéndice, á las asas intestinales ó al epiploon.

La peri-ovaritis, como la peri-salpingitis, es una peritonitis regional limitada á las vecindades del órgano y que alcanza extensión é intensidad variables; la adherencia del pabellón de la trompa del ovario se fragua también en virtud de una peri-ovaritis. Puede presentar las mismas formas é intensidad que la peri-salpingitis, pues el proceso es enteramente igual, sólo que en vez de tener su origen en la trompa lo tiene en el ovario. Gracias á la peri-ovaritis, el órgano contrae adherencias con sus órganos vecinos, y esto tiene gran importancia, sobre todo en el curso ulterior de las colecciones purulentas; también tiene gran importancia porque fijan el órgano á las zonas vecinas y lo someten á estiramientos que provocan dolores, tanto, que algunos autores se han limitado en ciertos casos de ovaritis á librarlo de sus adherencias para hacer desaparecer las manifestaciones dolorosas, logrando resultados satisfactorios.

La peri-ovaritis tiene particular importancia en los casos de supuración, porque se repite aquí lo que ocurre en la trompa. Peri-ovaritis recidivantes que adquieren más relieve que la misma ovaritis: el ovario obra como cuerpo extraño irritante que mantiene una peritonitis exudativa, que va envolviendo el ovario y dejándolo escondido y como sepultado en el espesor de dichos exudados más ó menos duros y consistentes; más de una vez he encontrado un ovario supurado pequeño, en el centro y como núcleo de grandes masas de exudados peritoníticos, envolviendo también la trompa relativamente normal; esto

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 665.

ocurre principalmente cuando la supuración es de origen puerperal ó depende de una infección generalizada.

La frecuencia con que los ovarios quísticos supurados provocan peri-ovaritis recidivantes, explica un hecho que creo ha sido mal interpretado por algunos autores. Por la repetición de las peri-ovaritis se fragua entre la cara posterior del ligamento ancho y el ovario quístico una sínfisis tan perfecta que el ovario queda inmóvil en dicho sitio, y cuando se intenta separarlo, fácilmente el dedo que practica la enucleación, en vez de correr por el intersticio, desgarra la hoja peritoneal posterior del ligamento ancho y penetra en su espesor. Como, por otra parte, el ovario puede aumentar de volumen cuando ya ha quedado fijo en dicho sitio, el ligamento ancho en su parte alta lo cubre á manera de capuchón, de modo que á la simple inspección parece que la tumoración ovárica esté contenida entre las hojas del ligamento ancho. Y así lo hacen constar algunos autores, señalando la facilidad con que un ovario afecto de enfermedad quística puede desplegar el meso-ovario y penetrar en el espesor del ligamento ancho; yo puedo asegurar haber visto muchos casos en que así parecía haber ocurrido, pero todos ellos, bien analizados, no ofrecían otra particularidad que la que acabo de indicar.

La sintomatología de la peri-ovaritis es análoga á la de la peri-salpingitis, con la que se confunde, pues si bien el origen puede estar en uno ú otro de los órganos, las manifestaciones son exactamente iguales, y no existe peri-ovaritis sin peri-salpingitis y viceversa.

El *pio-quiste* del ovario ofrece semejanzas con el pio-salpinx, aunque tiene sus particularidades. Desde luego puede decirse que no resulta, por regla general, tan fácilmente tolerado, lo que se comprende habida cuenta de que el absceso tubárico tiene por paredes quísticas las de la trompa con su mucosa, impropia para la absorción, en tanto que el del ovario está contenido en la cubierta flogística que en el mismo estroma del órgano se forma accidentalmente. Así se explica que los fenómenos generales sean más manifiestos y los locales se desarrollen con más rapidez. Por regla general, el absceso ovárico, cualquiera que sea su origen, es menos tolerado que el tubárico.

Algunas veces se caseifica el pus y queda convertido en cuerpo extraño completamente inerte y sin provocar fenómeno ninguno. Lawson-Tait cita un caso de esta índole, y yo recuerdo algunos en que ocurrió este fenómeno: en uno de ellos especialmente, el pus era tan concreto que parecía un cálculo.

Lo más común, sin embargo, es la abertura del absceso, que se fragua por distintas vías. Las adherencias que la peri-oforitis establece entre el ovario y las vísceras vecinas, trazan por lo común el camino en que el pus puede seguir, y así le vemos abrirse en el intestino delgado ó en el grueso con cierta frecuencia, en la vagina más raras veces, en la vejiga en contados casos y por rareza en la piel al través de las cubiertas abdominales.

Así como en la salpingitis es una verdadera rareza la abertura en la cavidad abdominal, en cambio, por lo que yo he visto, es este accidente bastante más frecuente en el absceso del ovario. Particularmente está expuesta á este accidente la ovaritis aguda, terminada por supuración, sobre todo en los casos de origen puerperal ó de enfermedad infectiva aguda, puesto que la infección localizada en el espesor del ovario no da siempre lugar á la perio-oforitis pro-

tectora y el absceso se abre sin que el peritoneo tenga grandes defensas, sobreviniendo una peritonitis generalizada rápidamente mortal. He visto varios casos de este accidente, no sólo en las condiciones dichas, sino en enfermas cuyo ovario quístico se infectó, lo que me hace creer que es bastante más frecuente en la pio-ovaritis que en la pio-salpingitis.

El *pronóstico* de la supuración ovárica es verdaderamente serio, pues si bien muchas veces tiene una solución espontánea en la abertura visceral ó vaginal del absceso, en cambio, otras se hace interminable ó produce la muerte de una manera inesperada.

Tratamiento. — El tratamiento de la ovaritis da lugar á indicaciones variables, según la forma de ovaritis que se trata de combatir.

La ovaritis infectiva aguda y la peri-ovaritis dan lugar á las mismas indicaciones, y deben tratarse de igual manera que la salpingitis; por lo tanto, no repetiré lo dicho anteriormente (1).

La ovaritis crónica esclerósica ó esclero-quística, tanto si es de origen trófico como infectivo, es una de las enfermedades más rebeldes. Los ginecólogos contemporáneos no son quizás los más á propósito para dar su voto, por la sencilla razón de que, familiarizados con la laparotomía, no siempre agotaron los recursos adecuados para combatir la dolencia; pero los de la generación anterior á la nuestra, ofrecen en ello rara unanimidad. Citaré tan sólo el testimonio de Duncan, quien hablando de la intervención quirúrgica, dice que reserva su parecer sobre la legitimidad de la misma, dada su gravedad, á pesar de dejar sentado que ovaritis crónica *es sinónimo de incurable* (2).

Igual concepto expresan Pozzi, Veit, Legueu, Schrœder, Fritchz, etc., é igual convicción adquirirá bien pronto quien haya tratado una docena de casos de esta índole. La rebeldía de la afección es de las más tenaces, y si bien se logran á veces remisiones algo duraderas, y aun casos de curación, éstos son los menos, y no siempre resulta comprobada la eficacia del tratamiento.

Aparte de los medios locales y generales destinados á regularizar la circulación del aparato genital para disminuir las congestiones ováricas, uno de los elementos propulsores de la ovaritis, podemos recurrir á los sedantes, entre los que merecen predilección el bromuro y el clorato potásico; á la galvanización ó faradización, de las que he visto algún resultado, bastante tan sólo para recomendarlo como medio de ensayo. Los arsenicales, en distintas formas, parecen ejercer cierta influencia bienhechora; la opoterapia, que Jaylle y otros han recomendado, no es muy eficaz, según me ha parecido, habiendo empleado en mis ensayos la ovarina y la tiroidina. Quizás se presenta más eficaz la acción de una cura hidro-mineral; realmente, muchas enfermas han salido mejoradas de Neris, Royat, y según en qué formas, Salies, La Muera, La Toja; en las formas muy tórpidas, las aguas sulfurosas pueden dar resultado, y en las muy eréticas, las aguas termales indiferentes, como las de La Garriga; creo resultan más eficaces esos tratamientos porque las enfermas benefician, no sólo de los efectos del agua termal, sino también del género de vida que se impo-

(1) Véase pág. 478.

(2) *Clinical lectures on the diseases of Women*, fourth edition, 1889, pág. 222.

nen, en el que domina el reposo y la estancia al aire libre. Y es que, realmente, tanto como cualquiera otra indicación, producen resultados paliativos sobre las manifestaciones dolorosas de la ovaritis crónica, el reposo, la privación de relaciones sexuales, las irrigaciones vaginales calientes y una buena higiene. En estas enfermas, que reclaman imperiosamente un calmante, y en las que la morfina obra como un verdadero bálsamo, debe el ginecólogo ser previsor y no emplear las inyecciones morfínicas más que en último extremo, porque la mayoría de ellas, siendo enfermas incurables, ofrecen las más abonadas condiciones para caber en la morfinomanía, de la que he visto varios casos graves en enfermas de esta índole.

Es natural, por tanto, que nos preguntemos si la cirugía ofrece más garantías que la medicina y si está justificada la intervención quirúrgica. Las garantías de éxito que nos ofrece el tratamiento quirúrgico están en relación con el diagnóstico: con aquél podemos combatir perfectamente todas las manifestaciones que dependan de la ovaritis en sí misma, si el diagnóstico está bien formulado.

Una experiencia dolorosa nos ha enseñado á los ginecólogos que la extirpación de los ovarios en enfermas cuyo sistema nervioso lleva la tara neuroartrítica ó el estigma del histerismo, es muchas veces de un resultado tan sólo temporal, y en definitiva completamente ilusorio. De aquí que tenga la convicción de que tan sólo debe recurrirse á la intervención quirúrgica cuando un estudio detenido del caso señale una importancia capital á la lesión ovárica, sin que sea obstáculo el que la enferma sea neuropática. En algún caso de mi práctica pude convencerme hace ya años de cuán cauto debe de ser el ginecólogo en plantear esta indicación, y la lectura de ejemplos como los de Martin, Terrier, Magnin, Terrillon, Playfair, Batey y muchos otros, hicieron que fuera muy rigorista en sentar la indicación quirúrgica, y hasta que la desaconsejara en casos dudosos en que compañeros experimentados la creyeron buena, viendo confirmada en el estado posterior de las enfermas cuán útil fué la abstención.

Aparte de un diagnóstico lo más preciso posible acerca de la importancia patogénica de la lesión ovárica, creo deben preceder al planteamiento de la indicación quirúrgica dos condiciones: por una parte, que se haya demostrado la ineficacia del tratamiento médico ó espectante, y por otra, que los sufrimientos de la enferma le hagan la vida penosa ó insoportable, bien que cabe hacer constar que no hay enfermas más propicias á aceptar una operación que éstas, y precisamente en esta misma facilidad que presentan para convertirse en sujetos quirúrgicos, debe el ginecólogo ver un motivo de desconfianza y de duda.

El problema que Duncan con tanta oportunidad planteaba al reservar su voto acerca la justificación de la intervención quirúrgica, queda hoy, á mi entender, completamente resuelto en favor de esta última, por dos razones distintas: 1.ª, la inocuidad alcanzada por la intervención en casos de esta índole, pues realmente la operación es completamente benigna; 2.ª, la substitución de operaciones radicales por operaciones conservadoras, pues está demostrado que éstas son tan eficaces como la ovariectomía, y con ellas ni se destruye la función sexual ni se provoca una menopausia prematura, más ruidosa y mal tolerada en estas enfermas que en otras. Estoy convencido de que si Duncan escribiera hoy, no reservaría su voto, sino que, exigiendo todo el rigorismo debido, se pon-

dría al lado de Pozzi, Legueu, Schultze, Olshausen, Kelly, Martin y tantos otros como podría citar.

Los quistes foliculares, tanto serosos como hemáticos, no tienen tratamiento médico. La espectación, durante la cual podrán ponerse en práctica los medios indicados, está justificada, dadas las pocas molestias que originan. Pero habida cuenta de la facilidad con que son el punto de partida de supuraciones, si ocasionan sufrimientos, está perfectamente indicada la intervención quirúrgica, y justificada por análogas razones que en los casos de ovaritis crónica esclero-quística.

En el verdadero hematoma del ovario, si es que se diagnostica, pues muchas veces llevará la etiqueta de ovaritis crónica intolerable, la indicación quirúrgica es perfectamente legítima. Los dos casos á que he hecho referencia han dado resultados perfectos y permanentes, á pesar de ser las dos enfermas neuropáticas; ambas conservaron la función con el otro ovario sano, y posteriormente concibieron más de una vez.

En las supuraciones ováricas, una vez hecho el diagnóstico, la indicación es indiscutible, tanto por lo problemática que es una curación espontánea completa como por los peligros de la dolencia, bastante mayores que los de la intervención, con la particularidad de que, á mi entender, ofrece carácter de urgencia así que la enferma está en condiciones para ello. Recuerdo dos casos, aparte de otros que he visto en su domicilio, que habiendo ya ingresado en mi clínica privada para sufrir la intervención, murieron en pocas horas de peritonitis agudísima por rotura peritoneal del absceso, sin dar lugar á la intervención.

En cuanto á la técnica de las intervenciones contra las distintas formas de ovaritis, la estudiaré en el capitulo de *la intervención quirúrgica en las enfermedades infectivas de los anexos.*

SALPINGO-OVARITIS

Llamada también *ovaro-salpingitis* ó simplemente *anexitis,* circunscribiendo la denominación de anexos únicamente á la trompa y al ovario.

En clínica se usa mucho más la palabra anexitis ó salpingo-ovaritis que la de salpingitis ú ovaritis, con lo que se designa un estado sumamente común. Cierto que la mayor parte de las veces comenzó la afección por la trompa ó el ovario, y que con frecuencia uno de estos dos órganos está lesionado con independencia del otro, ó por lo menos en grado muy diferente de intensidad. Pero lo más común es que cuando uno de los dos órganos está afecto, el otro tampoco está sano.

Aunque en la concavidad de una salpingitis se encuentre un ovario relativamente sano, raras veces deja de presentar lesiones más ó menos acentuadas, y cuando no otra cosa, está á menudo involucrado de tal manera en la masa flogística constituída por la trompa y los exudados que la rodean, que parece formar cuerpo con la masa patológica, y lo mismo ocurre cuando una pio-ovaritis lleva alguna fecha, en cuyo caso es difícil que la trompa congénere no presente alteraciones ó no sufra de la peri-ovaritis provocada por el foco ovárico.

La semejanza de síntomas y de procesos anatómicos en uno y otro caso, hacen que en la práctica resulte muy difícil, cuando la exploración combinada descubra un tumor anexial, y particularmente cuando la peri-anexitis forma en dichos órganos una atmósfera de exudados, distinguir si es uno de los dos órganos el atacado ó ambos á la vez y en qué grado. De aquí que nos contentemos frecuentemente con el diagóstico de anexitis, y á lo más después de un análisis minucioso del caso, lo designemos con las denominaciones de *salpingo-ovaritis* ú *ovaro-salpingitis*, según cual de los dos órganos nos parezca representar papel preeminente en la patogenia de las lesiones.

Ciertamente, se encuentran las más raras combinaciones en las infecciones anexiales: ovarios esclero-quísticos con pio-salpinx en ambos lados; pio-salpinx á la derecha é hidro-salpinx á la izquierda ó viceversa, con un ovario aparentemente sano y otro con enfermedad quística; pio-salpinx en un lado y pio-ovaritis en el opuesto, con el otro ovario sano y la otra trompa permeable y con lesiones de salpingitis intersticial; ovario supurado en un lado, ovario quístico en el opuesto y trompas con lesiones peri-salpingianas secundarias ó consecutivas; ovarios aparentemente sanos con hidro-salpinx doble; ovarios y trompas enredados en una magma de adherencias, sin que el estroma de los unos ni la mucosa de las otras presenten alteración de importancia, etc. Todas estas combinaciones las designamos con el nombre común de *anexitis, salpingo-ovaritis* ú *ovaro-salpingitis*.

Pero conviene sobremanera fijarse, particularmente con vistas á la práctica de operaciones conservadoras, que en la mayoría de anexitis cabe una diferenciación de procesos en virtud de la cual podemos precisar dónde reside la lesión capital ó inicial de los mismos. Y si esta diferenciación no podemos establecerla al formular un diagnóstico, porque nuestros medios de exploración son todavía demasiado groseros y hemos de contentarnos con el calificativo de anexitis, podemos hacerla muchas veces en el acto de la biopsia quirúrgica, procurando descifrar en dónde reside el foco primordial y qué lesiones produce y cuáles alteraciones son puramente secundarias ó transitorias. Porque, de la misma manera que la evacuación espontánea por la vagina de una supuración anexial conduce á una curación, y á la desaparición, aunque tardía, de las masas de exudados anexiales que la exploración revela, puede el ginecólogo hacer un deslinde de las alteraciones anatómicas existentes, para no sacrificar órganos cuyas alteraciones sean completamente secundarias ó pasajeras y destinadas á desaparecer cuando la causa principal ha sido corregida.

Porque un ovario esté adherido por toda su periferia á la trompa y peritoneo pelviano, en virtud de una peri-anexitis que provocó un pio-salpinx antiguo, no quiere decir que la infección lo ha destruído; muchas veces lo ha respetado y aquella anexitis no es más que una pio-salpingitis. Y lo mismo puede decirse de la trompa, que convive mucho tiempo junto á una pio-ovaritis y cuyo pabellón está perdido entre adherencias, pero cuyo tubo no está engrosado más que por la peri-salpingitis y nada contiene en su interior.

Clínicamente, por tanto, la denominación de salpingo-ovaritis se impone, y un gran número de casos deben diagnosticarse de anexitis; pero debemos entender, sin embargo, que la denominación acusa tan sólo muchas veces dificultades de exploración, no significando, por tanto, que la trompa y ovarios estén

alterados por igual, como tampoco justifica una intervención quirúrgica que comprenda uniformemente la destrucción de los anexos.

Con estas salvedades cabe perfectamente un estudio clínico de la *anexitis* con sus crisis dolorosas, sus desórdenes menstruales, dismenorreas, leucorreas, dispareunia, ataques repetidos de peri-anexitis, fenómenos generales de desnutrición y de nervosismo, accidentes y complicaciones de roturas y aberturas espontáneas de abscesos, regresión de lesiones secundarias, dislocación de ovarios y trompas, compresiones viscerales, en una palabra, cuanto queda indicado en la sintomatología de la salpingitis y de la ovaritis, dominando á veces el síndrome de la primera ó de la segunda, ó de ambas á la vez, y confundiéndose frecuentemente en un síndrome común, en el que es imposible una diferenciación.

Tanto el tratamiento médico como las indicaciones quirúrgicas son las mismas que quedan indicadas, y poco más haremos porque creamos que es uno solo de los dos órganos el atacado ó ambos á la vez. Claro está que con el diagnóstico de anexitis no debemos, ni á título de ensayo, poner en práctica medios como la dilatación y el raspado uterinos, que algunos preconizan contra la salpingitis. No es éste de los más pequeños inconvenientes para dicho tratamiento, pues fácilmente se alcanza que, si en vez de tratarse de una salpingitis simple, existe una pio-ovaritis, dicho medio ha de ser muy peligroso. El tratamiento expectante ó médico es perfectamente compatible con el diagnóstico de anexitis; el tratamiento curativo ó quirúrgico, que deberá ser conservador cuando se pueda, exige un diagnóstico más preciso, que se hará durante la operación ó se rectificará si se hubiese hecho antes y se hubiese equivocado, como ocurre con frecuencia con los medios exploradores de que hoy disponemos.

Existen un cierto número de casos que merecen verdaderamente el nombre de anexitis ó salpingo-ovaritis, porque las lesiones abarcan por igual ambos órganos: éstos son los quistes y los abscesos tubo-ováricos, ó sea lo que podríamos llamar *hidro-anexitis* y *pio-anexitis* y la *anexitis vesiculosa.*

Quistes tubo-ováricos.—Con una frecuencia que quizás no pasa de uno á dos por ciento, se encuentra un quiste tubo-ovárico. Desde que Richard presentó una serie de once casos, explicando su teoría patogénica, las observaciones han menudeado y muchos autores se han ocupado del asunto; Doran, Bland-Sutton, Kelly, Rostorn, Veit, Gotschalck, Pozzi, Legueu, Ortmann, Olshausen, Robinson y muchos otros, sin que exista uniformidad en la manera de considerar su origen y patogenia.

El quiste tubo-ovárico está constituído por la trompa y el ovario á la vez. Su forma es la de una retorta: la trompa va ensanchándose hacia su pabellón y se confunde con el ovario, que forma parte de las paredes del quiste, sin que se encuentre separación entre el ovario y la trompa por su superficie externa. A veces se encuentra en algún punto de la gran ampolla un resto de ovario bien distinguible; otras parece dicho órgano reducido á una membrana para formar la hidro-anexitis. En su interior se ve la cavidad de la trompa y del ovario comunicar ampliamente y sin estrechamiento de ninguna clase unas veces, y otras con una especie de cuello más ó menos estrecho, con la particularidad de que las franjas de la trompa se dibujan dentro del quiste en la parte más am-

plia de la retorta, y si existe estrechez por la abertura de comunicación, las franjas se ven expansionarse hacia dentro de la gran cavidad tubo-ovárica. El contenido es siempre seroso; se comprende que, secundariamente, pueda infectarse y supurar, como lo ha visto Legueu en uno de sus casos, pero Kelly, Bland-Sutton y otros hacen constar que siempre los han encontrado llenos de serosidad. Su volumen, aunque variable, no suele exceder al del puño.

La expansión de las franjas dentro de la cavidad es el obstáculo para explicar su patogenia. Excepto Bland-Sutton y algún otro, la mayoría de autores, con Richard, Burnier, Rosthorn, Legueu, etc., opinan que su origen está en un proceso infectivo, aunque la explicación del fenómeno varíe según los autores.

Bland-Sutton (1), Griffit, y últimamente Zhann parece apoyar la misma idea, creen se trata de una disposición congénita y anómala del peritoneo en el ala posterior del ligamento ancho, en donde existiría un saco ovárico, como en ciertos mamíferos, ó sea una cavidad peritoneal independiente, en la que está contenido el ovario y á la que vendría á desembocar la trompa. Por eso Bland-Sutton propone substituir la denominación de *quiste tubo-ovárico* por la de *hidrocele ovárico*. Realmente, así se explicaría bien la disposición de las franjas salpingianas y el hecho de que á veces, como lo ha encontrado Griffit, Zhann y otros, el ovario forme relieve en la cavidad del quiste tubo-ovárico. Sin embargo, la teoría de Bland-Sutton, que parece muy seductora y en cuyo apoyo presenta ejemplos sacados de la escala zoológica, no ha convencido á los más, que consideran al quiste tubo-ovárico como hijo de fenómenos flogísticos anexiales.

Legueu, Ortmann, Olshausen, Rosthorn, Reymond y muchos otros (2) creen que se trata de una hidro-salpingitis que adquiere adherencias con un ovario quístico; establecida la adherencia, el tabique que separa la cavidad salpingiana de la ovárica va adelgazándose hasta que se ponen en comunicación; aun puede darse el caso de que la adherencia se establezca con un quiste folicular antes de la obturación completa del pabellón. La dilatación consecutiva de la cavidad tubo-ovárica produciría la expansión de las franjas del pabellón, que una vez establecida la comunicación entre ambos órganos, se desdoblarían de su incurvación hacia adentro y se adherirían á la pared del quiste ovárico. Esta soldadura entre la trompa y el ovario no siempre tendría lugar por un mecanismo idéntico, y Rosthorn (3), en un estudio crítico de un sinnúmero de casos de diferentes autores, hace constar que la unión puede hacerse de distinto modo, pero siempre á base de fenómenos flogísticos.

La teoría de Richard, que pretende que el pabellón de la trompa se adhiere á un folículo de Graff abierto, que ya no se cierra después y que va llenándose por la secreción de éste, no es aceptada por nadie.

Constituída la hidro-anexitis, tiene algunas particularidades en su evolución. Por regla general, es perfectamente tolerada, de modo que suele ser un hallazgo post-operatorio. Su contenido, que es siempre seroso,—aunque Legueu

---

(1) *Surgical diseases of the ovarius and falopian tubes*, pág. 211.

(2) *Patogenie des kistes tubo-ovariens*, por LEGUEU y CABANIOLS; *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 419.

(3) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, pág. 527.

encontró un caso supurado, hace constar que fué consecutivo, y aun así muy raro, pues dice que sólo se conoce otro caso (1),—presenta la particularidad de que con relativa frecuencia es eliminado por el orificio uterino de la trompa. Recuérdese que al estudiar la salpingitis hice constar la rareza de la salpingitis profluente; en cambio, en la hidro-anexitis el fenómeno parece ser tan frecuente, que Neelsen ha querido buscarle una explicación comparándola con la hidro-nefrosis intermitente. Este hecho, la falta de manifestaciones dolorosas, su gran tolerancia y su contenido constantemente seroso, parece cuadrarían mejor á la teoría de Bland-Sutton de una anomalía congénita que de una anexitis, como aceptan la mayoría de autores.

El curso de la hidro-anexitis suele ser lento, crónico y bien tolerado, y ella de por sí no suele dar lugar á indicaciones. Pero la existencia de un tumor, junto con cualquiera manifestación dolorosa dependiente de algo uterino ó anexial del lado opuesto, dan lugar á la indicación quirúrgica, y así se comprende que cada día vayan menudeando más las observaciones, y hoy no se considere ya dicha afección tan rara como se la creía hace pocos años.

Abscesos tubo-ováricos. — El absceso tuvo-ovárico se encuentra con cierta frecuencia, y consiste en la comunicación de un absceso del ovario con la trompa.

Suponiendo la existencia de una pio-salpingitis y de una pio-ovaritis, se comprende fácilmente que ambas puedan unirse por sus superficies, puestas en contacto; un tabique tan sólo separa las dos cavidades supuradas (fig. 220), el cual va adelgazándose hasta desaparecer (fig. 221) y el absceso tubo-ovárico queda establecido; dicha unión suele hacerse por el pabellón, pero á veces tiene lugar en cualquier sitio de las paredes de la trompa y la comunicación se establece en igual forma. El orificio comunicante puede presentar diámetros muy variables.

Otra forma de absceso tubo-ovárico se realiza cuando, existiendo un ovario supurado, éste se abre en la trompa no quística previa adherencia, igual que puede hacerlo en el intestino, la vejiga ó la vagina. En estos casos existe á veces un pequeño orificio que hace comunicar la cavidad ovárica con la trompa, encontrándose ésta relativamente poco engrosada.

A veces, entre la cavidad del ovario y de la trompa, se encuentra otra intermedia constituída por un espacio eventual (fig. 222), hijo de la peritonitis peri-anexial, quedando constituída la pio-anexitis.

La pio-anexitis, igual que la pio-salpingitis y la pio-ovaritis, tiene un curso enteramente comparable á la supuración aislada de la trompa ó del ovario, con la particularidad de que, cuando comunica con el intestino, generalmente es el último el que es asiento de la fístula. La cavidad de la pio-anexitis es tan tortuosa, que raras veces su abertura espontánea conduce á la curación, sino que se constituyen abcesos recidivantes que proporcionan alivio cada vez que se evacúan. El absceso ovárico ó salpingiano, solos, tienden más fácilmente á la curación por este mecanismo, por más que en ambos casos ocurren también abscesos recidivantes.

---

(1) *Loc. cit.*, pág. 434.