

de la personalidad científica que lo recomienda. Diré también que mi maestro el Sr. Dr. Macías, recomienda la incisión del epidídimo, tratamiento que me parece muy indicado en los casos en que hay foco purulento en este órgano; ahora bien, estos casos forman la minoría en las epididimitis blenorragicas crónicas.

Para no fatigar demasiado á Uds. me excuso de describir con detalle el cuadro de la neurastenia de origen genital que presentan los enfermos portadores del llamado endurecimiento epididimario, confiando en que el simple recuerdo de ese cuadro autorizará que se le dedique alguna atención.

No se puede afirmar con seguridad si el cuadro de la neurastenia genital depende únicamente del epidídimo alterado ó si también toma alguna parte la próstata que con frecuencia se encuentra enferma en estos casos; pero lo que sí es un hecho, es, que estos enfermos sienten dolores en el epidídimo y cordón del lado enfermo, que frecuentemente exploran el epidídimo respecto á su tamaño y consistencia y que viven tristes con la idea de la infertilidad. Afortunadamente el camino que hay que seguir es el mismo; la antisepsia de la uretra prostática que practicamos para curar el testículo beneficia á la próstata, de manera que sin discutir en el momento necesario, cual será el órgano que produce la neurastenia, podemos imponer nuestro tratamiento por que nos dará como resultado la desaparición de los síntomas y signos testiculares que siente y palpa el enfermo y que son los que principalmente producen el trastorno moral del individuo.

Conforme con este cuadro de neurastenia con existencia de endurecimiento epididimario, tengo algunas historias de enfermos en los que practicando la antisepsia de la uretra posterior, ha habido notable mejoría tanto en los síntomas de neurastenia como en el estado local del epidídimo. No creo que todos los endurecimientos de los epidídimos consecutivos á infección blenorragica sean epididimitis crónicas; pero sí creo que la inmensa mayoría lo es, tanto por la marcha que sigue la lesión, cuanto por las lesiones uretrales antiguas ó recientes que generalmente llevan estos enfermos. Con objeto de ahorrar tiempo, he suprimido con deliberada intención, la consideración de la manera como se hace la infección

del epidídimo, el agente que lo infecta y otras particularidades del caso, por ustedes conocidas, y para terminar, señalo el uso de las instilaciones de nitrato de plata como el tratamiento de las epididimitis agudas y crónicas, combatiendo dos prácticas que están aún bastante arraigadas; el uso de pomadas para la epididimitis aguda y la administración de yoduro de potasio en el período de declinación de esta enfermedad.

A propósito de la epididimitis aguda, he omitido, intencionalmente, la enumeración de incontables recursos recomendados para su tratamiento, unos inútiles y aplicables otros en muy determinadas ocasiones; porque mi objeto ha sido manifestar los buenos resultados que he obtenido por medio de las instilaciones de nitrato de plata, ayudadas por el reposo y las lavativas evacuantes, que sin asegurar que sea el único tratamiento, sí creo que es el más que satisface en la generalidad de los casos. En lo referente á la epididimitis crónica, he querido llamar la atención, principalmente, sobre la necesidad de continuar atendiendo la lesión uretral, no sólo por lo que se refiere á la uretra, sino también por lo que toca al epidídimo, pues es muy frecuente que una vez terminada la faz aguda de la epididimitis, se deje á los enfermos con la idea de que los endurecimientos epididimarios desaparecerán por la acción sola del tiempo.

México, Noviembre de 1901.

GERMÁN DÍAZ LOMBARDO.

GINECOLOGIA

BREVES REFLEXIONES

ACERCA DE LA

PATOGENIA DE ALGUNAS ANEXITIS EXTRINSECAS.

Es la pelvis, en la mujer, región notable, abundante en órganos variados y disímolos en el ejercicio de sus funciones. En el apiñamiento de su contenido, suele hacerse difícil atinar el momento y el sitio iniciales, de las injurias anatómicas ó de los trastornos vitales que consecutivamente terminan en un proceso patológico. Y más difícil suele ser para el hombre que escudriña las reacciones despertadas, cuando á la lesión inicial han sucedido ya la se-

rie de procesos que, en su difusión, abarcan una zona diversamente constituida. Entonces entre los signos reaccionales directos, las acciones lejanas difusas y los fenómenos indirectos reflejos, el criterio pierde su precisión y el juicio se hace indeciso y vago.

Por eso, cuando el estudio de alguno de estos pequeños órganos pélvicos, tales como el ovario, se inicia, comienza para el clínico que observa, una serie de etapas de vigilancia, una armónica gama de inducciones y deducciones, que constituyen un verdadero problema, no siempre fácil de plantear y menos aún de resolver. Multitud de ocasiones yo he asistido curioso al desarrollo de estos problemas y hoy séame permitido buscar en el fondo de mi cosecha clínica, un ligero detalle, una pequeña cuestión patogénica, que nos permita penetrar en las palpitantes escenas de la patología ovárica.

Dado un ovario enfermo, y las enfermedades en el ovario revisten excepto algunas neoplasias y variadas trofias, la característica de los procesos infecciosos, no siempre es fácil al clínico reconocer el punto lesionado primitivamente por la injuria, el camino trazado por la lesión al difundirse en los tejidos y el órgano ó el grupo de órganos alcanzados, junto con el ovario, en estos fenómenos de difusión. Inversamente planteado el asunto, podremos decir que dado un ovario sano, siempre es difícil poder asegurar qué serie de lesiones recibirá de sus vecinos orgánicos, qué sendas deben seguir los procesos y que lesiones directas puede sufrir, para verse modificado en su constitución y en sus relaciones internas y externas, hasta el punto de encontrarse en la situación reconocida como de enfermedad.

Y de aquí vigorosas controversias, múltiples esfuerzos investigadores, errores inevitables ó conclusiones verídicas fatales, pero siempre una labor inmensa para sugetarla á un estudio pequeño, una reunión crecida de enseñanzas y de verdades que constituirían á la vez que la Patogenia general de las enfermedades del ovario, y una tesis demasiado pesada para la debilidad de mi esfuerzo y demasiado prolongada para la benévola atención de los que me escuchan.

Bástame un punto bien circunscrito de esta Patogenia general; sóbrame con una cuestión circunscrita, para poner á prueba la limitada

riqueza de mis conocimientos. No penetraré ciertamente á las lesiones ováricas congénitas, dignas de las plumas de Grusdeff, el autor ruso; de *y Kuyser y Kuhff*, los escritores de Austria, ó de *James Foulis*, el embriologista inglés. Haré caso omiso de los neoplasmas, y de todas las infecciones ováricas de origen genital para reducirme, como en un círculo de cavilaciones, en las lesiones ováricas infecciosas, extra-genitales. Es decir, en uno de los temas más curioso, más debatido, más poco conocido, de las infecciones propagadas de la pelvis.

Comenzaré por hacer presente ante Uds. que la literatura extranjera es poco rica en tales asuntos y que en cuanto á la mexicana, juzgando de ella por lo que yo he leído, está absolutamente desprovista de datos. Haciendo gracia á la atención de Uds. de fatigarla con numerosas citas, susceptibles de diversas interpretaciones, me limitaré con el objeto de engalanar mi modesto trabajo, con citar los trabajos de *Verstrael*, de Lille; de *Hiral Vineverg*, americano; de *Bouilly*, francés y de *Kruges* alemán. Si en el curso de mis reflexiones surgiese imprescindible la necesidad de acudir al testimonio de algún autor extranjero, concédaseme la gracia de permitirme que á dicha cita, la acompañe con todos los detalles que me sea dable, pues nada ha sido para mí mas desagradable que las citaciones comprobatorias poco demostrables.

Frecuentemente se pone hoy en la práctica, la cuestión delicada del diagnóstico entre la crisis aguda de apendicitis y la tormenta peritoneal provocada por las anexitis derechas. En el período inicial, durante las poderosas reacciones peritoneales del principio, en ausencia de toda localización pura, el diagnóstico es á menudo difícil, si no imposible. Más tarde, á la caída de los fenómenos peritoneales, y aun en un período más lejano, el sitio del dolor, la presencia de las lesiones en lugares susceptibles de pertenecer, tanto al apéndice como á los anexos uterinos derechos, no disipan del todo las dudas y hacen aún el diagnóstico muy incierto. Y si á la anexitis derecha pura ó á la apendicitis exclusiva, suceden los hechos por mí observados, de anexitis con apendicitis, concomitantes, entonces el diagnóstico se hace aun mucho más confuso y el clínico se pierde en conjeturas. Y las hipótesis se hacen aun

más peligrosas, cuando en tales casos surge la cuestión patogénica y se trata de plantear la marcha de los fenómenos inflamatorios, procurando demostrar que la infección comenzó en el apéndice y de ahí se propagó á los anexos; ó por el contrario que se inició en el aparato genital y alcanzó secundariamente el apéndice cecal. El error, en los dos casos, es de trascendental importancia, y sea que se observen los accidentes en el estado agudo, sea que se les estudie en el subagudo, esta confusión del criterio puede producir intervenciones liberatrices perdidas ó tiempos operatorios inútiles, pues no sería remoto que se prefiriera una colpotomía á la laparotomía ó viceversa, haciendo este error más incierto el análisis de las lesiones y más laboriosa la extirpación de ellas.

Dejando yo á un lado el estudio de este proceso vago en sus manifestaciones agudas, y el análisis del diagnóstico, sobre el que algún día tendré el honor de volver, voy desde luego á concretarme al estudio de la marcha de estas infecciones en el estado lento, crónico, tranquilo, por decirlo así, durante el cual el clínico tiene tiempo para juzgar y signos claros para decidir.

Voy á procurar estudiar aquí delante de tan honorable Asamblea, el proceso de las anexitis derechas, provocadas por fenómenos procedentes del divertículo del ciego.

Es de suponerse, que una vez iniciado el desequilibrio nutritivo y desarrolladas las reacciones internas y externas que, en los tejidos constitucionales de la trompa y del ovario, terminan en una flegosis, el proceso anexial toma autonomía, constituye una individualidad morbosa y sigue el sendero fatal de la anatomía patológica, de la sintomatología y del tratamiento, de las anexitis vulgares. Insistir sobre esos puntos, sería reincidir en lo que tanto se ha dicho y escrito, en Patología oforo-salpingéa. Me limitaré pues, al verdadero punto interesante de la cuestión, es decir á la Patogenia de esta difusión infecciosa de un órgano á otro.

Desde luego permítaseme estudiar esta cuestión que es de vital interés antes de pasar adelante en mi análisis:

¿Está bien demostrada, clínicamente, la existencia de infecciones anexiales, procedentes francamente del divertículo apendicular?

La literatura médica es rica en documentos afirmativos respecto de esta primera cuestión.

La aparición de anexitis en niñas absolutamente sanas de todo el resto de su aparato genital, interno y externo, coincidiendo con la existencia de fenómenos de apendicitis: la localización frecuente de estas anexitis, exclusivamente al lado derecho; y las enseñanzas de conocidas necropsias, afirman desde luego la posibilidad de la transmisión de un agente infeccioso desde el apéndice hasta los anexos: la trompa y el ovario derechos. A guisa de pequeño refuerzo, innecesario tal vez, me permitiré citar como documentos de comprobación, los trabajos de *Pozzi*, publicados en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de París, durante el mes de Diciembre de 1900; los apuntamientos de *Lavadié-Lagrave*, en su Tratado de Ginecología, año de 1898, pág. 656: el artículo de *Barnsby*, que apareció el mismo año, y toda la serie de observaciones, monografías y tesis publicadas diversamente por *Bouilly*, *Pouchet*, *France*, *Schauta*, *Jalaguier*, *Kolliker*, y otros más.

Y si aun no bastasen para llevar la convicción al ánimo de mi ilustrado auditorio, las citas y trabajos ya anotados, recordaré como último y decisivo argumento en favor de la posibilidad de la infección de los anexos uterinos por el apéndice, el hecho frecuente que la anatomía patológica nos muestra, en lo relativo á la flora microbiana, del pus encerrado en las colecciones salpingéas. En este pus, suelen encontrarse cultivos, casi puros, de gérmenes que nunca existen al estado normal, ni en la vulva, ni en la vagina, ni en las cercanías del orificio de tenca, que son absolutamente desconocidos del aparato genital y que en consecuencia tienen que haber llegado á la cavidad de la trompa por un camino distinto del de la vía genital, me refiero á los colli-bacillus. Huéspedes constantes del tubo digestivo, por su sola presencia en el pus contenido en la trompa, demuestran clara y fácilmente que las comunicaciones parasitarias entre el intestino y los anexos, son factibles. Podría como argumento inverso aducir, que en la cavidad intestinal hay microbios desconocidos al estado normal, tales como el gonococcus, huésped frecuente del aparato genital interno de la mujer, que sin embargo ha llegado á constituir verdaderas formas de apendicitis extraordinariamente graves. El gonococcus pasando de los anexos á el apéndice y el bacillus colli, invadiendo los anexos procedente del apéndice, son la última

prueba evidente é irrefutable del comercio infeccioso que existe entre esa región del aparato digestivo y el segmento derecho del aparato genital interno de la mujer.

Luego, como conclusión forzosa me corresponde el derecho para asentar:

“EN LA CLÍNICA, SE HA DEMOSTRADO LA EXISTENCIA DE INFECCIONES ANEXIALES PROCEDENTES FRANCAMENTE DEL DIVERTÍCULO APENDICULAR.”

El apéndice está situado en la fosa ilíaca, y apenas bordea el estrecho superior; algunas veces está situado en posición subcecal, y los anexos uterinos se hallan profundamente situados en la cavidad de la pelvis, es decir, que normalmente no hay ningún contacto entre estos órganos, ¿cómo puede entonces hacerse esta contaminación recíproca? ¿Pasan los agentes morbosos del apéndice á los anexos, al través de substancias intercelulares, por medio de anastomosis protoplásmicas, de conexiones anatómicas íntimas, de tejidos continuos vectores fáciles de los procesos inflamatorios? ¿Hay entre ambos órganos una comunicación vascular, existen canales rojos ó blancos, que acarreen los gérmenes y que sugeten á sus leyes hemodinámicas la difusión de la flogosis? ¿Es el sistema nervioso el que dirige, impele y facilita semejantes peregrinaciones microbianas? Y si ninguno de estos mecanismos rige la propagación de la enfermedad del apéndice á los anexos, cuál es, entonces, el modo de realizarse semejante difusión?

En la sociedad de Biología, en París, allá por el año de 1892, *Clado*, anatómico francés, describió una bandeleta fibrosa, especie de ligamento apendículo-ovárico, que partiendo del meso-apéndice iría á perderse en el borde superior del ligamento ancho. Este ligamento, constante al decir de su autor, establecería una comunicación amplia y abundante, entre la circulación linfática del apéndice y los vasos blancos de los anexos uterinos. Gracias á este medio fácil de comunicación, no presentaría dificultades seguir la marcha de los agentes patógenos entre los dos órganos que hoy nos ocupan. Así terminarían todas las dificultades y la existencia de este ligamento harían por lo menos ociosas todas mis meditaciones.

Desgraciadamente *Binkley y Robinson*, escriben en 1894 en el *American Journal of Obstetric*, que dicho ligamento es una utopía: *Du-*

rand, el clínico francés de Lyon, escribe en el *Progres Medical*, en 1895 que dicho ligamento apenículo-ovárico no existe; y luego *Trueb* en Holanda: *Kott y Kruger*, en Alemania y por último *Barnsby*, hace dos años, se ponen todos de acuerdo para sostener, que el tal ligamento fué ilusorio y declaran que en la serosa abdominal basta tomar un pliegue con una pinza para constituir y formar apariencias de ligamentos hasta el infinito.

La teoría de la propagación de la infección entre el anexo intestinal y los anexos genitales, por la vía anatómica, dejó de ser. Puede, hasta nueva orden, creerse que no existe comunicación directa ni en la circulación, ni en la organización conjuntiva, del apéndice con el ovario.

Es preciso pues aceptar, como único recurso, una contaminación directa de estos órganos, es decir, un contacto, permanente ó transitorio, entre el apéndice y el ovario. Si este contacto no fuere realizable, los hechos clínicos habrán sido falsamente interpretados, las infecciones anexiales de origen apendicular serán indirectas y habrá que buscar en otro ú otros órganos intercurrentes, el camino de la inflamación propagada.

¿Cómo, pues, podrán comunicarse directamente el ovario y el apéndice, situados tan lejos uno del otro y siendo órganos relativamente inmóviles? ¿En virtud de qué proceso fisiológico ó anormal, el apéndice busca al ovario ó el ovario acude á reclinarsse sobre el apéndice?

Dos casos pueden suceder.

O el ovario se aproxima al apéndice enfermo;

O el apéndice infectado busca al ovario.

El primer caso se realiza con más frecuencia. Obedece á circunstancias anatómicas ó patológicas. Anatómicas, cuando el apéndice existe desmesuradamente grande, como yo he observado recientemente un caso; cuando el apéndice existe en posición descendente, lo que no es raro en la mujer. Entonces la extremidad del divertículo, roza ó se adhiere en la superficie cortical del ovario. Patológicas, cuando el apéndice congestionado, edematoso ó lleno de productos de retención interna, cae por su propio peso, arrastrado, por la gravedad, al interior de la pelvis y alcanza el ovario.

Los anexos uterinos pueden igualmente subir hasta alcanzar el apéndice. Sigamos al ovario en su marcha ascendente durante la gestación; véamosle tomar posiciones más y más

diversas; examinémosle más tarde durante el puerperio y veremos que durante toda su estancia lombo-iliaca, el ovario puede perfectamente sufrir el contacto inmediato del apéndice infectado.

Así reasumiendo, declaremos que el contacto directo entre los dos anexos, el digestivo y el genital, aun cuando por su situación anatómica normal, no parece fácil durante un primer examen, es sin embargo factible, relativamente frecuente.

Este contacto, ya demostrado, puede ser de diversa naturaleza:

En primer grado, el apéndice ya enfermo toca el ovario sano, se le aplica íntimamente, le comunica sus agentes infecciosos, y luego ambos órganos se separan sin haber contraído mayores relaciones.

En segundo grado, el apéndice emite adherencias flojas, suaves, que le fijan más ó menos tiempo á la cápsula ovárica y que más tarde la marcha del ovario, en su descenso, ó cualquier incidente intercurrente, destruyen estas relaciones y los dos órganos vuelven á quedar libres.

Y por último, en tercer grado, en el que el apéndice y el ovario, íntimamente adheridos, adquieren relaciones tales, que ya no se abandonan, que unen sus procesos y que terminan en un solo foco, infeccioso é infectante, en el que no tardarán en participar los demás órganos de la cavidad pélvica.

A estos tres grados diversos de contactos apendiculo-anexiales, parecerían *a priori*, corresponder, tres grados diversos en la evolución ulterior de las lesiones. Desde luego la contaminación del ovario por el apéndice enfermo, será fatal en el tercer grado, muy probable, en el segundo é incierta en el primero. Muy particularmente ciertas mujeres portadoras de perturbaciones dinámicas y estáticas congénitas, en su aparato genital, son las más aptas para recibir la infección en sus anexos.

Supongamos ahora, un ovario sano, en contacto con un apéndice séptico: ¿Qué pasará del lado del órgano genital?

Desde luego el primer fenómeno se realizará directamente sobre la serosa peritoneal, y junto con las producciones celulares adherentes, surgirán vasos linfáticos nuevos, que establecerán una comunicación directa entre la

circulación blanca del ovario y la del apéndice. De aquí un transporte hemodinámico de gérmenes, de productos tóxicos de un órgano al otro. Además, estas adherencias nuevas del ovario, modificando su situación pélvica, traerán perturbaciones en su meso, caracterizadas por congestiones sanguíneas y trastornos nutritivos íntimos, haciendo del tejido ovárico una especie de *locus minoris, resistentiae*, colocándolo en condiciones altamente adecuadas para recibir los ataques desastrosos de la infección. Sin embargo hasta aquí la vecindad del apéndice no ha producido más que fenómenos que podríamos llamar de predisposición.

En un grado más avanzado de las lesiones, á estos trastornos de predisposición, vendrán á ingertarse las causas determinantes ó de infección, y esto á mi modo de ver, de dos maneras:

La primera, por la invasión directa de los gérmenes intestinales, por el paso del bacillus coli al través de los nuevos capilares linfáticos ó directamente al través de los espacios intercelulares, por una verdadera emigración séptica.

La segunda, por la realización de la infección latente en el resto del aparato genital, debida á la presencia en él, de los gérmenes que le son habituales. En el aparato genital, y especialmente en sus mucosas, existen agentes microbianos, hay ahí una especie de infección latente, que sólo espera, para estallar, una causa debilitante cualquiera, y que sea esta causa venida del apéndice ó de otra parte cualquiera se inicie y la infección secundaria, peculiar al aparato genital, no se hará esperar.

Este es, trazado á grandes plumadas, el mecanismo habitual de esas infecciones anexiales de origen apendicular, que yo he llamado extrínsecas, por creer que esta designación cuadraba bien con su patogenia. Estas infecciones anexiales extrínsecas, tienen su característica bien marcada, que las diferencia de las infecciones genitales puras, ó intrínsecas. La serosa es la primera región alcanzada; las lesiones sépticas avanzan de la superficie á la profundidad y en este caso que estudio, la marca de la infección en todo el aparato genital es francamente descendente.

Una vez esta infección anexial extrínseca iniciada, pueden pasar dos series de procesos.

O el ovario, alterado por circunstancias con-

génitas, es incapaz de luchar contra la infección que le invade, y entonces estallarán allí todos los fenómenos de las anexitis supuradas, hasta el piosalpinx y las inflamaciones peritoneales purulentas; ó por el contrario, el órgano genital se defiende enérgicamente contra la infección y la fagocitosis triunfa. Entonces se desarrollarán allí los fenómenos de la esclerosis y de las inflamaciones intersticiales crónicas. A partir de este momento, todas las anexitis esclerosas son posibles y quizás un gran número de ovaritis esclero-quísticas y microquísticas, reconozcan esta causalidad poco conocida.

Esta última variedad de anexitis extrínse-

cas, que podríamos llamar anatómicas, pueden quedar en estado latente mucho tiempo, y la clínica solamente vendrá, con el tiempo, á decirnos cuantas veces deberemos poner la etiqueta de anexitis extrínsecas á multitud de padecimientos ováricos que muy á menudo no son sino descubrimientos en el curso de laparotomías, cuando no se estudian las enfermas con cuidado, y la clínica nos dirá también hasta dónde se extiende la clase de estas anexitis extrínsecas, cuyo mecanismo íntimo, cuya patogenia misteriosa, he procurado yo esta noche, tan imperfectamente delinear.

México, Abril 30 de 1902.

SUAREZ GAMBOA