

se hace aséptica mojando las ubres y el flanco del animal, para quitar el polvo que pueda tener adherido. Las manos, los vestidos del personal, se tienen siempre con mucho asco; se llega así a obtener una leche que tratada después por un buen procedimiento de higienización puede proporcionar a los consumidores una leche en la que se encuentran en número pequeño los organismos patógenos.

En otra comunicación daré a conocer a la Academia los trabajos del "New York Milk Committee," que se puede considerar como un modelo de organización en su género.

México, a 11 de marzo de 1914.

J. E. Monjarás.

Operaciones Ginecológicas.

Las supuraciones dominan el campo de la Ginecología, tanto por su frecuencia, cuanto por las discusiones que suscita la intervención operatoria. Como encargado del servicio de Ginecología del Hospital General desde el 8 de diciembre de 1913 al 25 de abril próximo pasado tuve oportunidad de afirmar mis opiniones con respecto a las supuraciones pélvicas; habiéndome preocupado por encontrar en la nosología de estos padecimientos, síntomas que nos hagan fundar un diagnóstico diferencial respecto a sus variedades clínicas. El pensamiento que me ha guiado en la terapéutica, ha sido encontrar el momento quirúrgico. Voy a intentar desarrollar estos pensamientos.

Los trabajos verificados durante este lapso, asesorado por los doctores A. Vidales, Martínez Parente, G. Salas y el practicante M. Villagrán, pueden descomponerse del modo siguiente:

Histerectomías suprapúbicas por fibromas.....	13
Celiotomías vaginales anteriores.....	30
Histerectomías totales, vaginales, por anexitis.....	13
Embarazo extrauterino, vía abdominal.....	1
Histerectomía abdominal por supuración anexial.....	10
Colpoceliotomías posteriores.....	6
Histerectomía total vaginal por cáncer.....	1
Fístulas véscovaginales.....	3
Prolapsos genitales.....	6
Histerectomías totales abdominales por cáncer.....	4
Histerectomía abdominal por ruptura uterina durante el trabajo (practicada por mi discípulo el Dr. Mario Torroella).....	1
Total.....	88

De estas enfermas fallecieron tres: dos de piosalpinx, por extensión de la peritonitis despertada después de la operación hecha por el vientre, y una a consecuencia de embolia pulmonar. Esta última era portadora de múltiples fi-

bromiomas voluminosos y adherentes en el piso pélvico. El desarrollo venoso y arterial era muy notable y no obstante haber verificado la hemostasis con todo cuidado, sobrevino el accidente a las setenta y dos horas después de haberse practicado la operación, sin que la enferma en los tres días que sobrevivió, hubiera acusado ningún síntoma denunciador de alguna perturbación profunda. En efecto, al tercer día después de la operación, en el momento de pasar visita, la enferma estaba tranquila, con su pulso amplio, regular, de 80 pulsaciones, temperatura de 37 grados, lengua húmeda, respiración tranquila, y sin meteorismo. En la noche de ese día, se agravó repentinamente y el médico de guardia, Doctor León Trigos, que la atendió directamente, recogió estos datos la paciente acusaba un dolor agudo en la región del hemitórax derecho, su respiración era disneica, pulso pequeño, incontable, abatimiento de temperatura y accesos frecuentes de tos seca. El médico citado la atendió según su criterio, no logrando restablecerla, pues la enferma falleció tres o cuatro horas después de haber comenzado el accidente. Deploro no haber practicado la necropsia con objeto de consignar los importantes datos que nos hubiera suministrado. Como antes dije, voy a ocuparme exclusivamente de las supuraciones pélvicas.

Entre las supuraciones anexiales, haremos notar que unas, las más benignas y que se operaron la mayor parte por la vía vaginal, fueron causadas por blenorragia. Sabido es que el gonococo prospera en las mucosas constituidas por epitelio cilíndrico y se extiende directamente, por continuidad, y raras veces por los linfáticos; pareciendo probado que cuando esto acontece, es porque la infección es mixta. De aquí resulta que las salpingitis supuradas de origen gonocócico las hemos encontrado siempre bien circunscritas, formando sacos de pus, con ligeras adherencias al peritoneo pélvico, lo que facilitó el tratamiento quirúrgico practicado por la vía vaginal o suprapúbica. En los casos en que la supuración ha respetado los ovarios y los quistes purulentos estaban formados únicamente por las trompas enquistadas y cerradas, practicamos la salpingectomía, respetando los ovarios a fin de evitar la menopausia prematura, siempre que las pacientes fueren jóvenes.

A propósito de este grupo de enfermas recordaremos algunos conceptos de orden práctico: la gonorrea en la mujer puede presentar tres estados distintos: el primero y más frecuente es el de la inflamación de la uretra, de las glándulas de Skene, de Bartholin y de la vulva. Esta inflamación, que se presenta acompañada frecuentemente de vaginitis, se extinguiría en esta primera manifestación, si fuese posible imponerles a las enfermas el debido tratamiento y el completo reposo del órgano; pero por desgracia no se logra imponer las indicaciones terapéuticas y por lo mismo se propaga fácilmente al cervix y de aquí muchas veces hasta el peritoneo pélvico. El segundo estado comienza con la invasión del gonococo hacia el epitelio del cuello, y si se hace el diagnóstico a tiempo y se trata convenientemente, aún se puede detener la invasión y evitar a las enfermas las terribles consecuencias a que exponen las anexitis en todas sus formas. Este segundo estado de las afecciones blenorragicas es el que más a menudo se presenta en la consulta médica y quizá por esto mismo sucede, *sin desearlo*, que la infección se propague al endometrio y a las trompas, por las manipulaciones exploradoras, provocando aquélla, la oclusión salpingiana por adherencia de las franjas o por la salpingoperitonitis circunscrita, quedando en este caso las franjas unidas al peritoneo pélvico. Esta forma de salpingitis cerrada, es una de las causas frecuentes de esterilidad en las meretrices. El tercer estado de la infección blenorragica, está

caracterizado por la extensión de ésta a los anexos y aun al peritoneo pélvico, sin que se pueda decir que la peritonitis difusa de este origen sea frecuente. Sin embargo, se han referido algunos casos, en los que la infección peritoneal difusa de este origen, haya sido causa de muerte. Lo más cierto es que cuando se trata de ovaritis y pelviperitonitis gonocócica, sea la acción asociada de los microorganismos sépticos la causante de la infección por la vía linfática más que por la mucosa, provocando la infección del tejido celular, los piosalpinx, pelviperitonitis, abscesos del ligamento ancho, etc., formando masas informes que cuando llegan al período crónico, causan distintas perturbaciones, además de la esterilidad, y hacen de la enferma una inválida expuesta a los brotes agudos de estas inflamaciones o supuraciones crónicas, con serios peligros para la vida.

En resumen, la blenorragia en su primera manifestación puede curarse cuando se trata convenientemente. En el segundo estado, cuando la infección se extiende al endometrio y a las trompas sin que haya supuración, sucede frecuentemente que éstas se obstruyen y aunque las enfermas curan aparentemente, resultan la esterilidad, y no pocas veces, la infección; evolución acompañada de distintas perturbaciones uterinas, provocadas por metritis crónica y salpingitis parenquimatosa.

El tercer período es el más grave, puesto que se trata entonces de las distintas formas de las supuraciones pélvicas, las que en su mayor número, requieren, para curarse, el tratamiento quirúrgico. Este estado de las anexitis supuradas en su faz crónica, se nos ha presentado bajo tres distintas formas: en la primera, las trompas y los ovarios forman una sola masa rodeada de adherencias al peritoneo pélvico, constituyendo de este modo las salpingoovaritis supuradas crónicas con pelviperitonitis. El segundo grupo lo forman las pelvicolulitis. Al tercer grupo, que es el menos numeroso, corresponden las ovaritis crónicas quísticas con lesiones parenquimatosas de las trompas. Antes dije que el piosalpinx único, sin estar acompañado de parametritis, es casi siempre de origen gonocócico. La práctica de las operaciones intraperitoneales nos ha enseñado *de visu* los diferentes grados y formas que produce la inflamación anexial. Unas veces hemos encontrado las trompas cerradas en su extremidad peritoneal, simulando salchichas de distinto tamaño, con las franjas adherentes unas veces al ovario, otras al peritoneo y varias al epiplón e intestinos y en no pocos casos, al apéndice. Algunas enfermas llevaban en su pelvis una masa informe de órganos adherentes, pero sin pus, y los quistes peritoneales contenían serosidad, producto de la exudación peritoneal. En fin, hemos encontrado casos de supuración pélvica difusa, con pus dentro y fuera de las trompas, extendiéndose en varias direcciones, pero limitado por la peritonitis plástica de defensa. Según hemos indicado, las supuraciones pélvicas, fueron tratadas unas por la vagina y otras por la vía suprapúbica, obedeciendo al estado y desarrollo del proceso supurativo. Así pues, las colpotomías se practicaron en aquellas enfermas cuyo foco purulento se alojaba clara y distintamente en el Douglas, a fin de disminuir los síntomas infectodolorosos y proceder *a posteriori* a la histerectomía total, última operación salvadora en semejantes casos. Otras enfermas de esta categoría fueron tratadas de distinta manera: unas por el vientre y otras por la vagina, haciendo algunas veces operaciones conservadoras y en otras la histerectomía. Como el problema del tratamiento de las supuraciones pélvicas es de suma importancia, voy a hacer algunas consideraciones acerca de uno de los principales problemas, que es el siguiente: ¿En qué momento es más conveniente decidirse a una operación en estos casos? Recordaremos algunos conceptos

a este propósito, con el fin de lograr la solución de este arduo problema. En el mayor número de las enfermas que padecen supuración crónica pélvica, el pus es estéril. Esta afirmación se deduce de las estadísticas bien conducidas como las de Harttman, Kely, Martin, Werthein, Bunn y otros.

En efecto, de 634 casos operados y estudiados cuidadosamente, notaron lo siguiente: 55 por ciento de pus estéril, 6 por ciento de saprofitos, 225 por ciento de gonococos, 12 por ciento de estreptococos y estafilococos, 2 por ciento de neumococos 125 por ciento de bacilos coli.

Desde años atrás, se ha observado que las enfermas con supuración pélvica crónica, soportaban bien su operación, y esto mientras más crónica era aquella; y lo contrario sucede, cuando el padecimiento es agudo y, con más exactitud, si la intervención se practicaba por el vientre. Los éxitos brillantes obtenidos en nuestra época, dependen de los conocimientos adquiridos después de una larga experiencia, que a decir verdad, en algunos casos ha sido bien amarga, y por esto es de rigor buscar en la patología y en la bacteriología las indicaciones necesarias para decidirse a la operación y no guiarse a impulsos del temperamento quirúrgico, confiando tanto en los decantados procedimientos técnicos, que en los casos atípicos y difíciles, ninguno de ellos bastaría por sí solo, para llegar al término operatorio con buen éxito.

El hecho de que, en los casos supurados postoperatorios no haya reacción o ésta sea muy leve, se explica de varias maneras: 1º, la reacción peritoneal de defensa que se desarrolla en todo foco flemático o supurante tiende a trombosar los canales linfáticos, y, por consecuencia anula la principal vía de absorción; 2º, al modificarse la estructura del epitelio, multiplicando sus elementos y activando la circulación, la diapedesis se exagera y por este mecanismo disminuyen las condiciones propicias para el desarrollo de los microorganismos. Además, la resistencia orgánica obra en estos casos favorablemente, pues parece que adquiere cierto hábito para soportar las constantes irritaciones peritoneales; de tal suerte que en las maniobras desarrolladas durante la operación, el peritoneo casi poco o nada resiente el traumatismo quirúrgico. Así pues, el organismo y la región misma, se han preparado para poder resistir el ataque microbiano. Esto está probado mediante la experiencia en los resultados de muchos casos; además, la bacteriología ha contribuido ampliamente, preocupándose en primer término, de averiguar la etiología de las salpingitis analizando el pus de éstas. En los casos crónicos operados, los bacteriólogos notaron que no había microorganismo en muchos de ellos o sólo se notaba la desintegración. Así pues, el resultado de las investigaciones, fué luminoso para la cirugía, puesto que el pus en estas condiciones, puede considerarse estéril desde el punto de vista práctico. De aquí, que en muchos casos, no sobrevenga la mortal peritonitis, aun cuando el pus haya bañado el peritoneo. Varios ejemplos de mi propia experiencia confirman esta aseveración. Ahora bien, averiguado y bien estudiado como está el interesante asunto, será de rigor desde el punto de vista clínico, determinar el período de tiempo que sea necesario esperar para decidir una intervención quirúrgica a fin de adquirir la mayor probabilidad de encontrar el pus estéril o cuando menos atenuada su virulencia; porque es sabido que la persistencia o atenuación de la virulencia dependen del carácter de la infección.

Las causas principales que desde el punto de vista clínico pueden ser con más acierto apreciadas, son: las producidas por el gonococo y las que dependen del estreptococo, existiendo otras infecciones como son las mixtas, colibacilares, etc.

que desde el punto de vista práctico no es posible apreciar. Por tanto, nos limitaremos a considerar esas dos únicamente. En primer lugar, debemos decir que para determinar con alguna precisión el momento más oportuno para la intervención, es indispensable distinguir los dos principales grupos: 1º, el que pertenece a la infección gonocócica, y 2º, el originado por el estreptococo. Desdichadamente, cuando el estado crónico se establece en esta categoría de enfermas, no es fácil determinar por medio del examen microscópico de los escurrimientos, el gonococo, puesto que ya no existe, ha desaparecido, y como aún hay un medio que nos facilite el diagnóstico, deberemos someternos a la clínica, que será la que nos guíe en tan importante asunto. Ella nos enseña que en lo referente a las infecciones gonocócicas, se pueden distinguir dos caracteres:

1º, la inflamación pélvica, es precedida evidentemente por el síndrome blenorragico o ha aparecido sin causa manifiesta; 2º, las lesiones que se localizan en la trompa y su propagación al ovario y peritoneo, se verifican sin atacar ampliamente el tejido celular paramétrico. Se asegura que el gonococo es el único germen que más frecuentemente provoca la anexitis en las nulíparas, pero no obstante esta aseveración, es oportuno indicar que en dos laparotomizadas por anexitis en nulíparas, encontramos que el apéndice formaba parte integrante del proceso anexial, de tal modo que la infección parecía haber comenzado por una apendicitis clásica y que una vez llegada al estado crónico, las enfermas quedaron bajo la influencia de los brotes agudos intermitentes, hasta que se trataron quirúrgicamente. Las operaciones practicadas en estas enfermas nos indicaban que el anexo derecho, envolvía el apéndice, formando los dos órganos una masa informe y única. Esto quiere decir, que hay causas de origen intestinal y principalmente apendicular que provocan las salpingoovaritis derechas en algunas nulíparas no interviniendo como causa de infección, el gonococo.

En el segundo caso, cuando no hay causa anterior aparente, sería difícil asegurar el origen gonocócico, y más, si se trata de nulíparas; en estos oscuros casos se buscarán las huellas que deja la infección blenorragica, como son los signos de la infección uretral, de las glándulas vulvovaginales y las de Skene con las pequeñas manchas rojovioláceas características, situadas en los orificios de los canales glandulares y meatouretrales.

Hay muchos casos que demuestran con toda evidencia que el gonococo puede quedar atenuado en su nido vestibular mucho tiempo, y de improviso, a consecuencia de un parto, aborto o coito, se exalta su virulencia, provocando las reacciones propias de los tejidos invadidos.

TOPOGRAFÍA DE LA LESIÓN.—La extensión de la inflamación gonocócica, casi siempre se verifica por la mucosa misma, hasta llegar a las trompas, pudiendo alcanzar los ovarios y el peritoneo pélvico; pero el parametrio raras veces es afectado; lo mismo sucede con el tejido celular subperitoneal; de tal suerte que los abscesos del ligamento ancho y parametrio rarísimas veces reconocen como causa la blenorragia. De esto se desprende que la lesión característica originada por la blenorragia, es el piosalpinx clásico, acompañado o no de ovaritis y pelviperitonitis circunscrita.

Estadísticas completas y bien estudiadas lo han demostrado así; de modo que el diagnóstico diferencial entre las infecciones gonocócica y estreptocócica estriba en aclarar estos dos puntos: causa aparente de la blenorragia y topografía de las lesiones.

Ahora bien, la virulencia de estos microorganismos se atenúa después de que

permanecen algún tiempo en cavidades cerradas. Varios autores se han ocupado de este asunto y han demostrado que el mejor camino que se deberá seguir para obtener la esterilización o atenuación de los microorganismos será la observación racional, retardando la intervención quirúrgica, hasta que los síntomas dominantes hayan desaparecido, no siendo raro observar, que enfermas portadoras de masas inflamatorias anexiales, y muchas veces con supuestos piosalpinx han curado bajo la influencia de un tratamiento racional y sostenido pacientemente. La dura experiencia adquirida a fuerza de haber tenido que intervenir en algunos casos subagudos y en los que no encontramos pus, sino simplemente serosidad, nos ha hecho cambiar el criterio, prefiriendo en casos semejantes, esperar a que el organismo enfermo ponga a contribución todo su metabolismo, para reabsorber y modificar lo que la linfangitis pélvica ha ocasionado. De esto resulta que no debía operarse a enfermas en el período agudo, por dos razones: 1ª, la virulencia microorgánica se extingue o cuando menos se atenúa al cabo de algún tiempo en los tejidos infectados; 2º, la intervención en el período agudo expone a las enfermas a la propagación de la infección peritoneal y aun a la propagación de las bacterias a todo el organismo, atacando principalmente las articulaciones y otras serosas. Casos de este género se han referido.

Las supuraciones pélvicas causadas por el estreptococo, tienen particularidades que las distinguen claramente, porque sus causas son muy aparentes, lo mismo que la topografía de la lesión.

Las causas aparentes de las supuraciones pélvicas en estos casos, son los partos y abortos. Sería excepcional encontrar casos de estreptococia debidos a la penetración espontánea de las bacterias en útero no puerperal, fuera del aborto y el parto. La infección estreptocócica pudiera ocasionarse en cualquiera de las aplicaciones intrauterinas, desde la simple introducción del histerómetro, de tállos de laminaria, hasta la aplicación de pesarios, que, dicho sea de paso, casi ninguna utilidad tienen. Parece haberse comprobado que en algunos casos de raspado del útero, éste se haya infectado por el estreptococo, y el peligro sería más frecuente, si estuviese afectado de cáncer, fibromas o aun de alguna inflamación anexial crónica. En la eventualidad de no poder referir la infección a una de estas causas, que tienen la probabilidad de ser bastante manifiestas, se podría asegurar que la infección no pertenece a la estreptococia. Así pues, es conveniente precisar los detalles de la historia a este respecto, para obtener los datos precisos en todo lo referente a los partos, abortos o tratamientos intrauterinos que hubiese sufrido la paciente.

Es de advertir que no todos los casos de infección puerperal son de origen estreptocócico. Según Harrin Grossen el 25p8 de éstos es de origen gonocócico, teniendo de particular que su evolución es de mediana intensidad y en poco tiempo decrece su gravedad; pero esto no deberá tenerse como especial de la gonococia, porque se han observado infecciones estafilocócicas, y aun estreptocócicas que evolucionan de este modo. La evolución rápida y de mediana intensidad no constituye un carácter especial para concluir afirmativamente en pro de una u otra infección, y, en estos casos, aparte de las comprobaciones que evidencia la gonorrea, como son los escurrimientos especiales de ella y los caracteres propios de los orificios glandulares del vestíbulo, se necesitará precisar la topografía de la lesión, la cual tiene más valor que las anteriores, porque está bien averiguado que las lesiones estreptocócicas son más frecuentemente representadas por la infección del parametrio, en tanto que las otras son tuboováricas.

Una dificultad aparece cuando la infección es mixta, pues en tales hechos las dos formas de lesiones pueden existir. Efectivamente, Stone y Donal refieren un caso de esta categoría en el que encontraron el gonococo en la trompa derecha y el estreptococo en el parametrio y tejido celular subperitoneal. Por lo dicho se ve, que semejantes contingencias hacen meditar mucho y consultar todos los detalles sintomáticos antes de laparotomizar a las pacientes.

Puede decirse que toda lesión crónica pélvica de origen estreptocócico, se encontrará casi siempre extendida hasta el tejido conjuntivo del parametrio, y, contrariamente al gonococo, el estreptococo no camina por la mucosa uterina para llegar a la trompa, sino que penetra en su pared a través de los linfáticos, para extenderse en el tejido conectivo paramétrico; propagándose no pocas veces hasta el peritoneo y causando la peritonitis puerperal séptica de funesta terminación. En algunos casos, el estreptococo sigue el camino de la mucosa hasta la trompa; pero esta propagación no se detiene aquí, y extendiéndose al peritoneo, causa, casi siempre, peritonitis de forma grave. Las atacadas de estreptococia que pudieron defenderse en el período agudo, llegan al estado crónico, con empastamientos, masas supuradas del tejido celular del parametrio y no limitadas a los anexos. Los autores que han estudiado bacteriológicamente este punto han llegado al conocimiento siguiente: en los casos de estreptococia, las lesiones habían siempre invadido el parametrio y nunca encontraron el piosalpinx aislado. Puede decirse que casi todas las supuraciones del parametrio, son de este origen. Así lo aseguran Bunn, Rosthan, Doleris, Herman y otros; de tal suerte, que en pocos casos, estas supuraciones son originadas por el estafilococo o la asociación microbiana. Por lo tanto, los caracteres distintivos de las supuraciones en el parametrio con su localización en el tejido conjuntivo intraligamentario y subperitoneal, su situación muy abajo del fondo pélvico y de la matriz, aparecen a menudo atrás del cervix, en íntimo contacto con la pared uterina semejando una dependencia de ésta, con su consistencia, blanda unas veces hasta la fluctuación; siendo en otros casos tan dura que da la sensación del cartílago o aun la del hueso, como si se desprendiera de la pared pélvica huesosa. En las anexitis crónicas supuradas o no, de origen blenorragico, el crecimiento anexial se toca bien alto o en el fondo de Douglas, pero es más fácil percibir la separación de estas masas anexiales y la matriz, puesto que al deslizar la mano, de ésta, al abultamiento anexial, se sentirá casi siempre un surco más o menos profundo que anuncia la separación de los dos cuerpos, antes de su íntima unión. Aun en los casos de simples piosalpinx, no hay unión íntima de éste con la pared pélvica, ni se siente la dureza cartilaginosa propia de las masas paramétricas. Sucede muchas veces que los datos anamnésicos que suministran las enfermas, indican algún parto o aborto anteriores; en casos infectados, concuerdan con la localización de las masas supuradas, encontrándose éstas con los caracteres descritos; pero no siempre sucede así, y en tal eventualidad, cuando hay duda y poca concordancia entre los datos anamnésicos y los suministrados por la exploración directa, es más prudente concederle preferencia a los datos de ésta, que a los recogidos por el interrogatorio, por ser frecuentemente inexactos.

El estado de virulencia del estreptococo, persiste indefinidamente. Miller refiere dos casos: uno en que el germen se encontró después de seis años y otro después de doce.

Martin asegura que el estreptococo se encontró muy virulento en una pelvi-peritonitis de 18 años. Por otra parte se ha notado que en algunos casos en que

pronto han desaparecido los estreptococos, también el pus se había reabsorbido. Otro caso referido por Grosse demuestra que un absceso pélvico originado por un parto séptico, que fué operado por el fondo vaginal después de algunos días de supuración, el pus contenía estreptococos; seis meses después, se tuvo que reoperar a la enferma, por la resistencia del empastamiento en el fondo de Douglas, no encontrándose sino adherencias y serosidad que no contenía estreptococos sino algunos estafilococos.

Es de presumirse, según esto, que la esterilización de los focos supurados, causados por este germen, no se verifica tan fácilmente como en los producidos por el gonococo: tal es la causa que hace que los resultados operatorios no correspondan al legítimo deseo de enfermas y cirujanos. De aquí se deduce, que al decidirnos a intervenir en caso de supuración pélvica, procuremos determinar con cuidado el origen de ésta, para tratarla por la vía menos peligrosa; de tal suerte que si se trata de la estreptococia, nos inclinaremos más a las operaciones vaginales, si es posible, y, pocas veces la verificaremos por el vientre, pero siempre dominados por la idea de evitar el peligro de propagación peritoneal, que tan fácilmente se verifica en esta clase de infecciones; así es que rarísimas veces nos hemos visto obligados a laparotomizar enfermas, por encontrarlas amenazadas por el síndrome infectodoloroso y por su mal estado general.

De la sucinta relación que acabo de hacer, se deducen las siguientes afirmaciones: En el mayor número de los casos de supuración pélvica crónica de origen gonocócico, el pus se encontrará estéril, lo que prueba que automáticamente se atenúa la virulencia después de algún tiempo; las intervenciones quirúrgicas practicadas durante el período virulento activo, exponen al fracaso, sea por extensión de la peritonitis, o al menos por la supuración prolongada postoperatoria del foco infectado. Al contrario sucede cuando el foco está atenuado o estéril; casi nunca será seguida una operación bien conducida de infección, aunque se derrame el pus en la cavidad. De aquí que, la indicación operatoria en estos casos sería oportuna hasta el período de probable esterilización del foco, a no ser que los síntomas infecciosos obliguen a intervenir y aun en este caso, quedará el recurso de la canalización extraperitoneal.

No es fácil precisar el tiempo que deba esperarse a fin de que el pus se haya esterilizado o al menos atenuado su virulencia. Esta propiedad atenuante del organismo varía mucho, dependiendo principalmente, como ya dije, del carácter de la infección. Observaciones cuidadosas en casos de infección gonocócica enseñan, que, generalmente, estos focos pueden considerarse estériles o cuando menos atenuados, tres o cuatro meses después de haber estallado. Esto por lo que respecta a los gonococos; pero no es aplicable la observación a las infecciones puerperales. Las causadas por el estreptococo, conservan indefinidamente su virulencia. Desde el punto de vista clínico, será posible y necesario hacer la distinción entre estos dos principales grupos de infecciones, fundándose en la causa aparente y en la topografía de las lesiones.

Las indicaciones operatorias en las supuraciones pélvicas crónicas, aparecen más precisas en los casos de gonococia, cuando los dos puntos del estudio clínico concuerdan, es decir, cuando la causa aparente de la infección y la topografía de ésta, tengan la estrecha relación que ha sido indicada; pero siempre que hubieren pasado tres o cuatro meses del principio de la infección. Si después de este tiempo no se ha modificado benéficamente el síndrome y continuasen los síntomas graves y los brotes agudos, se impondrá como forzosa la intervención. Al fin si la enfer-

ma mejora y las masas inflamatorias tienden a desaparecer, lo más racional sería esperar y no mutilar, como ha sucedido algunas veces. Ahora bien, cuando se trate de la estreptococia diagnosticada con precisión según queda indicado, no podrá asegurarse la atenuación virulenta del germen, aun en el caso de que el pus y la temperatura sean casi normales, pues las masas inflamatorias o supuradas abrigan bacterias activas y las intervenciones intraperitoneales suprapúbicas, expondrán a las enfermas a sufrir las consecuencias de la difusión de la peritonitis más o menos intensa. Por esto, más quirúrgico será buscar el mejor camino para canalizar estos focos, sea por la vagina o por la pared abdominal, respetando siempre las barreras de peritonitis adhesiva que la naturaleza ha formado como medio de defensa. Esta última manera de obrar, será la que se imponga en los casos dudosos; pues más satisfactorio será haber obrado con la seguridad de que se tiende a cuidar la vida de las pacientes y no tener que deplorar el fracaso que por imprevisión o por precipitación pudiese verificarse.

Han ocurrido varios casos en que a pesar de la virulencia del foco, las enfermas se han salvado; pero estos no son los más frecuentes, y para evitar la mortalidad en esta categoría de hechos, prefiriárase la canalización a las audaces intervenciones aun cuando tenga que ser reoperada una enferma y que, por esto, se interprete desfavorablemente la conducta del médico.

México, 13 de mayo de 1914.

J. Velázquez Uriarte.