

LA ESTERILIDAD CONYUGAL Y SU TRATAMIENTO POR EL GINECÓLOGO

Por el Prof. H. Eyner

Desde tiempos muy remotos puede decirse que el interés de la medicina enfoca la causa y el tratamiento de la esterilidad conyugal. Marión Sims escribió en 1866 su "Clínica y cirugía del útero," tomando como punto de mira casi exclusivo, justamente el tratamiento de la esterilidad. En la actualidad, el problema es de los más agudos, ya que las cuestiones demográficas monopolizan propiamente el interés de la ciencia. Divergen considerablemente las cifras sobre el porcentaje de los matrimonios estériles. Si se acepta el 10 % como promedio, se comprenderá de inmediato la magnitud de la pérdida de natalidad, atribuible a la esterilidad únicamente.

Al averiguar la *etiología de la esterilidad conyugal*, se establecerá si es imputable al hombre, a la mujer, a ambos, o bien a ninguno de los dos. Para esclarecer la causa se exigirá que ambos consortes se sometan al examen médico. Aun cuando el ginecólogo tropiece en la mujer con hallazgos que excluyen toda duda, ello no es suficiente para afirmar que la esterilidad conyugal deriva en este caso de la mujer como única causa. Justamente, aunque muchas veces haya alteraciones anexiales en la mujer, a menudo pueden coincidir con hallazgos de igual fuerza probatoria al examinar la espenma en el hombre.

Es un grave error y prueba de negligencia, el querer combatir la esterilidad mediante un tratamiento en la mujer sin saber con certeza si existe fertilidad por parte del hombre. - Corriente es la costumbre de responsabilizar a la mujer de infecundidad. En muchos casos, la mujer se inculpa a sí misma. La estadística ha demostrado sin embargo que el hombre constituye la causa inmediata en más de un tercio de las observaciones, y que en otro tercio de los casos resulta él el causante de la esterilidad de la mujer.

Terminología. — Este estudio no comprende la *infertilidad* o sea la incapacidad de gestar. Es digno de notar que muchos abortos precocísimos son confundidos con la esterilidad porque no se los diagnostica como tales.

Se entiende por *esterilidad secundaria* la imposibilidad de tener embarazos nuevamente por causas cualesquiera, a pesar de haber tenido uno o varios partos. Existe *esterilidad absoluta* cuando la mujer presenta anomalías que imposibilitan la concepción para siempre., *esterilidad relativa* cuando la curación es posible aunque sea tan sólo en teoría.

Superlativa importancia revisite la *anamnesis* en la que se procurará averiguar el mayor número de datos, sobre todo en lo concerniente a vida sexual de

la mujer, y con la más meticulosa exactitud, las modalidades menstruales. El interrogatorio deberá revelar al médico los caracteres de la función ovárica. Los hábitos de vida son muchas veces significativos. La conducción del interrogatorio es a veces laboriosa en las estériles que suelen ser muy reservadas con respecto a su vida conyugal. En otras mujeres que expresan su deseo de ser madres, el médico descubre muchas veces por co-deos que están en realidad obsesionadas por la preocupación de no haberlo conseguido aun. Otro grupo de mujeres, muy cultas a menudo, cohibidas por el influjo de conversaciones previas tenidas con su marido sobre este tema, cargan espontáneamente con la culpa de la infecundidad del matrimonio.

El médico estimará en cada caso aislado si puede llamarse estéril un matrimonio al cabo de 2 años o recién después de 3 años. Es necesario establecer en el interrogatorio exactamente desde cuándo puede considerarse el matrimonio realmente estéril. Se procurará a tal efecto averiguar desde cuándo existe el deseo de familia y por cuánto tiempo se han practicado medidas anticoncepcionales. Si la concepción no se ha producido al cabo de 2 años sin el recurso de tales medidas, se concluirá que existe necesariamente una causa incógnita de la esterilidad, sea ésta primaria o secundaria.

Además del *examen del aparato genital* se hará un *examen general minucioso*. Se estudiará

en especial *el tipo constitucional de la mujer*.

La *esterilidad del hombre* puede derivar de numerosas causas que es preciso indagar. Como se sabe, en el hombre se hace distinción entre la "impotencia coeundi" (la incapacidad para el coito) y la "impotencia generandi." La "*impotencia coeundi*" puede tener como causa:

1º, malformaciones del aparato genital; 2º, alteraciones patológicas del aparato genital; 3º anomalías o alteraciones anatómicas del sistema nervioso; 4º, factores psicógenos.

La "*impotencia generandi*" del hombre (la "esterilidad masculina"), que es 10 veces más frecuente que la "impotentia coeundi," estriba generalmente en:

1º, la incapacidad de depositar el semen, de eyacular el semen, o bien, 2º, la aspermia o ausencia de semen, o finalmente, 3º la esterilidad del semen o azoospermia.

Con mucha frecuencia (hasta en el 30 % de los casos según muchos autores), la causa de la esterilidad conyugal es atribuible a la *azoospermia*. A ningún resultado palpable han conducido los esfuerzos tendientes a oponer la fertilidad masculina en función de ciertas condiciones morfológicas de los espermatozoides. (Pero puede aceptarse como adquisición, segura que la fecundación requiere la presencia de espermatozoides normales en cantidad suficiente y con movimientos vivaces.

La esterilidad en la mujer. — Únicamente un aparato genital perfectamente desarrollado y en plena capacidad funcional per-

mite inferir óptimas posibilidades de concepción. Como causas de esterilidad femenina deberán contemplarse:

19, las más variadas anomalías de los diversos segmentos del canal genital femenino; 2¹?, causas generales de orden físico; 89, causas generales de orden psíquico.

Es importante tener presente las relaciones estrechas entre la esterilidad y la *dispareunia*, como ya lo afirmó E. Kehrer.

Para evitar repeticiones se expondrán las indicaciones terapéuticas relativas, a medida que pasando en revista las diversas posibilidades etiológicas. Como en muchos casos se tropezará con etiología múltiple, se retendrá como regla fundamental de conducta que es indispensable eliminar todas las irregularidades para obtener resultados óptimos en el tratamiento de la esterilidad. Es ésta una exigencia tanto más imperiosa cuando la paciente ya no es una mujer muy joven.

Las *inflamaciones propias de la vulva* constituyen generalmente sólo impedimentos transitorios para el coito y, por lo tanto, casi nunca determinan la esterilidad. Sin embargo, se tendrá presente que las inflamaciones aparentes del introito vaginal no son muchas veces otra cosa que las consecuencias de tentativas malogradas de copulación.

Las *formaciones tumorales de los labios mayores y menores* deberán ser eliminadas, si alguna vez obstaculizaran la cohabitación conduciendo a la esterilidad conyugal. El *himen* estrecho,

persistente o rígido, sólo raras veces es la causa de la esterilidad femenina, pero sí muchas veces señala la impotencia masculina. Por lo general no tiene conexión alguna con el vaginismo. Algunas veces será necesario dilatar o incidir el himen bajo narcosis. La escisión completa no es aconsejable en razón de la cicatriz estrecha que muchas veces se forma.

Se impone la descripción del extraño cuadro mórbido que se llama *vaginismo*, y que se caracteriza por las contracciones espasmódicas del músculo de la vagina y de toda la musculatura del suelo de la pelvis con aducción y pronación del muslo y adopción de una lordosis extrema de la columna vertebral lumbar, en defensa contra el coito como también contra la exploración digital. El origen del vaginismo propiamente dicho, que se interpreta como reflejo psíquico, debe buscarse en imaginaciones, la mayoría de las veces evocativas de tentativas malogradas de coito, causantes de traumatismos psíquicos, otras veces derivadas de coitofobia, aversión y resistencia al acto mismo de copulación, ya sea por temor a la concepción o a infecciones, ya sea por antipatía al consorte. Es evidente que en tales circunstancias se producen a menudo lesiones del introito y de la parte himeneal, tanto más cuanto que no anteceden los preparativos psíquico-fisiológico del coito, consistentes en la humectación del introito vaginal por la secreción de las glándulas de Bartolino y de Skene, quizá también de las uterinas. To-

das las anomalías que impresionan como inflamaciones, son pues, secundarias. El tratamiento del vaginismo es muy difícil y exclusivamente psíquico. Muchas veces se hace necesario instruir a ambos consortes, otras veces se impone un tratamiento del marido.

Los *desgarros extensos del periné* pueden ser responsables de esterilidad conyugal, permitiendo el escurrimiento del semen. Estos desgarros favorecen además diversas anomalías secretorias y exponen a la invasión de suciedad. La concepción suele producirse después de la perineoplastia.

El tratamiento de la *atresia himeneal o retrohimeal*, no ofrece ninguna dificultad.

Las *atresias extensas y graves de la vagina* son a menudo de pronóstico desfavorable en lo que se refiere al tratamiento de la esterilidad, tanto más cuanto que estas malformaciones coexisten con Insuficiente desarrollo de los órganos genitales superiores.

La *hipoplasia vaginal* puede ser causa de esterilidad por la constitución deficiente de la vagina posterior que permite el escape precoz del semen. La hipoplasia vaginal es rara como manifestación aislada de la hipoplasia genital. Por lo general se acompaña de otras anomalías de posición del útero. A veces serán útiles las dilataciones extensas de la cavidad vaginal. Otras veces se impone inevitablemente aconsejar la altoposición pelviana a los efectos de la cohabitación, y la práctica del "coitus a tergo."

La esterilidad puede obedecer a *secreciones patológicas de la vagina* provenientes de vaginitis, endometritis, infecciones continuas en caso de vulva entreabierta, lavajes, colocación habitual de algodón en el introito. El tratamiento varía en cada caso. Donde corresponda se instruirá a la paciente. Muchas de las llamadas "vaginitis," incluso algunas de las fuertemente purulentas, no son inflamaciones primarias sino simplemente trasudaciones vaginales (y también uterinas) muy frecuentes en mujeres con neurosis primaria, hipoplasia o infantilismo, y en los casos de dispareunia. Se atacará el mal en su raíz, lo que a veces presenta dificultades.

En caso de *excesiva acidez del medio vaginal*, se aminora la vitalidad de los espermatozoides, lo que algunas veces puede conducir a la esterilidad. En varios casos tuve la convicción que el remedio consistía en simples lavajes vaginales con solución fisiológica de Naol o bien con solución de bicarbonato de sodio (Sims) que se han de practicar una hora antes del coito. Las irrigaciones vaginales diarias como costumbre regular, son susceptibles de alterar los caracteres del contenido vaginal. Algunas veces se producirá la concepción al discontinuar el hábito de estos lavajes.

Son muy frecuentes los casos de esterilidad derivada del *útero*.

Las *malformaciones del útero* pueden ser causas inequívocas (por ejemplo el útero bilocular o el bicorne). La reunión de ambas mitades según Strassmann, es de realización fácil.

Efectué dos de estas operaciones de Strassmann con resultado anatómico excelente. Desgraciadamente, no se ha podido comprobar embarazo posteriormente.

Aunque por lo general se deseché como causa de la esterilidad la *estenosis del cuello uterino alegando* que ningún orificio es demasiado estrecho para los espermatozoides, mis propias observaciones me han convencido de lo contrario. Es posible que no sea tanto la estrechez en sí como la inferioridad funcional del tejido o la espasmofilia, sobre todo en la porción interna donde las estenosis son mucho más frecuentes. Los éxitos positivos de la sola incisión transversal o sagital del hocico de tenca (Jobert y Simpson 1843, Sims 1866, Chrubak), son después de todo pruebas certeras de que la estenosis del cuello uterino puede ser responsable de la esterilidad. Otros autores han podido observar que los embarazos ocurrieron después de una histerometría. La estenosis cervical se asocia con mucha frecuencia con el infantilismo o suelen coexistir con la hipoplasia vaginal, el aplanamiento de la bóveda, pequenez del cuerpo uterino en anteflexión pronunciada o bien en ante-verso-flexión. Reténgase desde ya que en un tal conjunto de anomalías, concurre regularmente la hipofunción ovárica. La anteflexión uterina es raras veces la sola causa de la esterilidad, casi siempre coexiste la estenosis cervical. Por lo tanto, casi nunca producirá efecto el tratamiento de la anteflexión sola. Las mu-

jes con anteflexión y órganos hipoplásticos se quejan muy a menudo de dismenorrea. Además, suelen ser psicolábiles e irritables. Excepcionalmente se las observa robusta y hasta con hábito viril.

Muy difícil resultará la evaluación de la esterilidad en las *hipoplasias del aparato genital*. La sola existencia del útero, por minúsculo, hipoplástico o infantil que sea, excluye la afirmación de imposibilidad concepcional absoluta. Deberán valorarse como elementos de juicio complementarios los resultados del examen clínico y restantes, los antecedentes conyugales, la coexistencia eventual de estenosis cervical. Se procurará mejorar la situación instituyendo un régimen de vida higiénico con renuncia a toda costumbre anti-biológica. Pero como estas medidas resultarán insuficientes en la gran mayoría de los casos, se hará uso de un procedimiento de dilatación. Conceptúo el mejor el recomendado por Menge para el tratamiento de la dismenorrea. Como condición fundamental de su practicabilidad, se exige la ausencia de toda manifestación inflamatoria. Se empleará las bujías de Hegar que se introducirá hasta el fondo del útero. Se conseguirá simultáneamente una considerable distensión de la musculatura del pequeño cuerpo. Acostumbramos a ir hasta la bujía N^o 14 o 15, aun en las mujeres sin dismenorrea concomitante. La dilatación se hará con suma lentitud. En cuanto se tropiece con una resistencia mal franqueable en el cervix, se suspenderá y se

practicará una metrotomía, a cuyo efecto se utilizará un metrotomo de dos filos a fin de excluir toda desigualdad de presión. Los metrotomos de un solo filo me parecen inapropiados. Se practicarán incisiones múltiples y pequeñas en el cervix, después de lo cual se proseguirá con la dilatación. Para evitar la presión hidráulica intratubaria, empleamos los dilatadores huecos recomendados por mí en 1918. Algunas veces no será posible renunciar a incidir incluso el hocico de tenca.

Después de secar brevemente, toda la cavidad será taponada firmemente con gasa iodoformada o aceitada. En las estériles sin dismenorrea, este taponamiento se mantiene por lo menos 4 días. Permite el drenaje evitando el estancamiento de la secreción e impide el cierre de las heridas de la metrotomía y su cicatrización constrictiva. Los embarazos que muchas de las así intervenidas han contraído posteriormente, ya no son pues obra de mera casualidad. Incluso en mujeres con útero sumamente pequeño y con amenorrea prolongada (duran años en algunos casos), se produjo la normalización catamenial y 'más tarde el embarazo, fenómeno éste que aun carece de explicación científica conciuente. La dilatación mediante laminaria no ha dado resultados satisfactorios en el tratamiento de la esterilidad. No es aconsejable tampoco la abertura prolongada del canal cervical mediante cánulas con la idea de facilitar la fecundación. He observado numerosas infec-

ciones ascendentes consecutivas a esta maniobra.

Los *viejos desgarros cervicales extensos* pueden conducir a la esterilidad secundaria; más a menudo, sin embargo, deberán contemplarse como causantes de abortos. En varios casos el embarazo ha podido instalarse después de practicada la traqueoplastia.

Algunos autores asignan mucho valor a la existencia de un *tapón mucoso cervical alcalino* bien formado. Durante el coito el orificio del cuello uterino se sumerge en el lago seminal acumulado en la bóveda vaginal posterior, volviendo, cargado de semen, a su posición inicial en el cuello, al restablecerse la relajación del útero. Es posible que exista tal comportamiento del canal cervical, lo cierto es que la concepción ocurre también sin tal tapón mucoso.

Muy debatido es el papel de la *retroflexión del útero móvil* en el cuadro de la esterilidad. Como se sabe, se registran incontables embarazos sin tropiezos en mujeres con útero en retroflexión. Igualmente frecuentes son los casos de mujeres que después de haber vivido mucho tiempo en esterilidad conyugal, contraen inmediatamente el embarazo después de la operación correctiva. Como regla se adoptará averiguar si existe retroflexión que, en la afirmativa, será, siempre pasible de tratamiento. Es necesario, evidentemente, que exista permeabilidad de las trompas. Concepto muy eficaz como método fisiológico de anastomosis, duradera y sólida si se abre el canal inguinal haden-

do la fijación de los ligamentos en su parte gruesa y proximal al útero.

No ofrece la menor duda que la *endometritis* es susceptible de originar la esterilidad. Para la conducción de la esperma, la buena constitución del endometrio es tan esencial como la secreción fisiológica. Deseo hacer crítica acerba del raspado sin criterio con que se pretende tratar la esterilidad por endometritis. Conduce muchas veces, por ascensión, a lesiones anexas irreparables. Tampoco son aconsejables las cauterizaciones extensas. Muchas veces pasa lo inverso: la esterilidad sobreviene en las mujeres con endometritis tratada por cauterización. Es útil anticipar que el raspado y la cauterización se practican no obstante con frecuencia para tratar la esterilidad—no derivada de endometritis— con el solo fin de cambiar la modalidad del endometrio. Al examinar las mujeres que se quejan de esterilidad recién se tropieza muchas veces con la existencia de endometritis, antes pasada desapercibida. Una vez descubrí una endometritis tuberculosa al buscar las causas de la esterilidad.

Haré un paréntesis para considerar una observación frecuente. Del interrogatorio se desprende en numerosos casos que el matrimonio no deseaba familia en los primeros años y recurría a diversas *medidas anticoncepcionales*. Mis incontables observaciones me convencen de que estas medidas, tales como lavados con sustancias diversas, óvulos anticoncepcionales intravaginales, conducen a daños que

no siempre se limitan a una mera alteración secretoria. Los líquidos del lavado, como también las drogas anticoncepcionales que se disuelven ante la portio, parecen ascender transponiendo el canal cervical, lesionando la mucosa y llevando a la esterilidad por este camino. No es necesario destacar el hecho de que los *pésanos intrauterinos pueden* causar no sólo graves lesiones del endometrio conducentes a la esterilidad, sino también salpingitis purulentas y peritonitis. Parece que también el "coitus condomatosus" y el "coitus interruptus" comprometen la disposición a la concepción, sin que se haya podido describir la naturaleza de los trastornos derivados de estas prácticas.

De los *tumores del útero* son los *miomas* los que pueden determinar la esterilidad. Algunos autores la atribuían a miomatosis; otros conceptuaban la esterilidad como etiología de los miomas. En la actualidad se ha generalizado la teoría, bastante fundada por los demás, de que los trastornos funcionales del ovario pueden llevar tanto al mioma como también a la esterilidad.

En la asociación del mioma con la esterilidad corresponde un papel de diverso carácter al factor mecánico. El mioma puede obstruir, alargar, torcer, acodar la cavidad uterina. La cavidad uterina puede adoptar la más variada configuración debido al crecimiento del mioma. Si el mioma tiene su localización en la proximidad de la mucosa, ésta puede atrofiarse, si el mioma tiene sede intramural, la mucosa

se hipertrofia. El útero puede asumir peticiones patológicas ciñéndose a la ubicación del mioma. Es interesante que en pacientes con mioma puede excepcionalmente ocurrir embarazo, después de muchos años de vida conyugal estéril, obviamente debido a que el mioma hace posible la concepción por cambio mecánico del cuello o bien modificación trófica de la mucosa. Si se descubre un mioma en una paciente con esterilidad involuntaria prolongada, estará justificado el diagnóstico de esterilidad por mioma. En el tratamiento se procederá de tal manera que el útero conserve su capacidad reproductiva. En los casos de miomas múltiples intramurales, será aconsejable a veces limitar la extirpación a los más voluminosos. Muchas veces se puede abandonar sin riesgo las formaciones incipientes intramurales que ciertamente no son responsables de las transformaciones mecánicas de la cavidad, como tampoco de los desplazamientos. Su enucleación crearía quizá condiciones quirúrgicas poco claras con prolongación innecesaria de la operación. La experiencia enseña que la *enucleación de miomas* es una de las operaciones trascendentales en el tratamiento de la esterilidad, porque orea positivamente la posibilidad de embarazos futuros, en cierto porcentaje de las operadas como se comprueba en la estadística. El mioma subseroso más o menos pediculado sin síntomas hemorrágicos puede ser responsable de la esterilidad por el simple desplazamiento del útero. En una pa-

ciente que se quejaba de esterilidad pude extirpar un mioma subseroso del tamaño de una cabeza de niño, pediculado, alimentado casi exclusivamente del epiplón y apenas ya en contacto con el útero, comprobándose posteriormente embarazo.

Deberá desecharse la *roentgenterapia* como recurso terapéutico contra la esterilidad por mioma, por tener su punto de ataque en los ovarios. Insisto en ello porque muchas enfermas desean este tratamiento cediendo a consejos que emanan de legos o médicos que aun conceptúan la roentgenterapia como método de elección para tratar el mioma.

Un capítulo de preponderante importancia en la esterilidad es la *impermeabilidad de los oviductos*, que sería la causa de 70 % de todas las mujeres estériles según muchos autores. Como etiología se contemplará en primera línea la *gonococcia*, quizá no con tanta frecuencia como antes se opinaba. En la anamnesis se comprueban a veces *interrupciones de embarazo* (abortos provocados) aparentemente exentas de complicaciones. Pero prevalece la impresión de que 50 % de todos los abortos provocados acarrear daños en el endometrio y también alteraciones benignas en las trompas que pueden imposibilitar o dificultar la concepción. En el Congreso Panucraínico de Ginecología y Obstetricia de 1927 se ha concedido relevante atención a este factor. Se citan *tumores anexiales del puerperio*. Como complicaciones postoperatorias de intervenciones intra-

uterinas —raspados, cauterizaciones, histerectomías, dilataciones—, se mencionan las *anexitis ascendentes* como causas de la esterilidad. En la etiología figuran también las *inflamaciones periapendiculares* y la *tuberculosis*. Además, puede ocurrir, por vía metastática, la *anexitis gripal o post-anginosa* y úe otras infecciones. Las trompas con insuficiencia funcional no siempre son impermeables; puede existir *permeabilidad difícil*. La imposibilidad concepcional puede explicarse por una exfoliación epitelial o pérdida de epitero ciliado; úlceras curadas o subsistentes, rigidez inflamatoria de la pared, pérdida del peristaltismo tubario, por cierto muy importante para el transporte ovular. Las trompas muy verticales, largas, onduladas, infantiles, muchas veces asociadas justamente al infantilismo, también pueden ser responsables de la esterilidad y son casi siempre características satélites de la incapacidad concepcional del aparato genital en su conjunto.

El *diagnóstico de la impermeabilidad tubaria* se hace mediante la salpingografía.

La *insuflación tubaria* deberá practicarse en la clínica (hospital), bajo el continuo control de la temperatura, si es posible previa reacción de eritrosedimentación. No es una maniobra de consultorio. Sólo deberá hacerse en el intermenstruo y exige la secreción cervical. Todo posible proceso inflamatorio debe haber desaparecido. De lo contrario, la insuflación, además del riesgo que encierra en tales condiciones, no tiene ningún valor co-

mo elemento de juicio, ya que al retroceder la inflamación que pueda haber, la permeabilidad tubaria es susceptible de restablecerse espontáneamente. Incluso en enfermas con tumores anexiales ya se ha observado la involución espontánea de la neoformación, con embarazos posteriores. El restablecimiento funcional de las trompas puede producirse también después de abortos tubarios, si se los trata en forma conservadora bajo estricta supervisión clínica. He tenido una enferma unilateramente salpingostomizada en la cual se reabsorbió completamente un hematocoele peritubario voluminoso del otro lado con restitución de la fecundidad y embarazo posterior. Se había hecho tratamiento conservador para no privar a la enferma de la perspectiva úe un embarazo intrauterino que aun no había podido instalarse.

La realización de la insuflación tubaria requiere el control manométrico de la presión y la ininterrumpida auscultación del abdomen. Respetadas estas exigencias, la maniobra está exenta de todo peligro. Algunas veces se cree percibir ruidos que parecen señalar despegamientos de adherencias existentes en los pliegues tubarios. Es por todos conocidos que la simple insuflación tubaria ha curado la esterilidad en casos aislados. Pero sería un grosero error y prueba de simpleza el considerar la insuflación como método milagroso y de elección para el tratamiento. La insuflación, practicada con exceso de presión, puede originar: infiltración tisular

peritubaria, enfisemas extensos, ruptura tubaria, infección, choques graves, embolia gaseosa y hasta una muerte de explicación no muy clara.

La *salpingografía*, de realización más complicada que la insuflación, suele suministrar datos muy precisos en cuanto al sitio de la obstrucción, orientando útilmente el tratamiento quirúrgico. Las salpingografías deberán ser ejecutadas únicamente en el hospital por radiólogos muy avezados tanto en su especialidad como en la ginecología.

Una vez diagnosticada la obstrucción y establecida su localización (lo que, aunque deseable, no es siempre posible), se la elimina quirúrgicamente. Se estudian detenidamente las trompas, eligiendo entre los varios métodos de salpingostomía en uso "Karl Schroder 1884), ya sea haciendo una abertura con invaginación de los bordes, ya sea resecando la trompa parcialmente y uniendo la mucosa tubaria con

la serosa, fie usa también el método de Halban (que consiste en la resección de la parte enferma de la trompa y ligadura del muñón uterino), después de la cual suele establecerse la permeabilidad tubaria, si es que ha existido la posibilidad de ello. Todos estos métodos son de pronóstico muy poco alentador. Por esterilidad debida a impermeabilidad tubaria bilateral fueron operadas, según el método de Halban, 80 mujeres en la Clínica de Heidelberg, de 1922 a 1932. Se sabe el resultado de 48 de ellas. De 20 enfermas con obstrucción bilateral una sola llegó a embarazo. De las otras 28 enfermas con obstrucción unilateral operadas según Halban más extirpación de los anexos contralaterales por inaptitud total, en una sola se produjo concepción. De otro grupo de 23 operadas, en 15 de los cuales se sabe el resultado, también 1 sola llegó a embarazarse.

No obstante el balance realmente pésimo, el solo hecho de

haberse registrado algunos éxitos justifica las medidas operatorias en las estériles por impermeabilidad bilateral de las trompas. Muchas enfermas aceptan gustosas toda medida por pocas que sean las esperanzas. Es el deber estricto del médico ilustrarlas sobre los hechos e ínfimas probabilidades de éxito; se procederá sólo ante una inquebrantable voluntad.

Generalmente da buenos resultados la *implantación en el útero de la parte amputada de la trompa*. En los casos de inutilidad de ambas trompas, se ha empleado como postrer recurso la directa implantación en la pared uterina de un ovario (oóforo-histeropexia). Nunca se deberá omitir hacer presente a las enfermas la casi inutilidad de talas operaciones. He ejecutado 2 de estas operaciones sin complicaciones para la enferma, pero desgraciadamente no se me ha señalado embarazo posterior. En otra enferma sobrevino un ileo por estrangulación seguido de muerte. También Stockel refiere un caso de ileo postoperatorio después de la tal oóforo-histeropexia¹ y acentúa en su conclusión que "tal operación representa un contrasentido si se considera la faz cronológica de la evolución y de la nidación," Pero hay enfermas que no se resignan ante la fragilidad de las esperanzas que brinda este procedimiento.

Los *trastornos de la función de los ovarios* forman un capítulo erizado de dificultades en lo que se refiere a sus relaciones con la esterilidad. Dejando de

lado la falta completa de maduración ovular, existen trastornos de la misma que conducen a la esterilidad. En el tacto casi nunca se advierte nada que pudiera permitir conclusiones concretas, excepto groseras deformaciones ováricas y de todo el aparato que descartamos en este estudio. Las adherencias periováricas causan a veces *trastornos de la ovulación* de los que derivan quistes por retención. Otras veces se tropieza con la *persistencia del cuerpo lúteo*, responsable de la esterilidad, la que se trata eliminándolo. También se cita *insuficiencia del cuerpo lúteo* con deficiente formación de hormonas y persistentes hormogénesis folicular que se acompaña de menstruaciones irregulares. Por la anamnesis puede deducirse a veces la naturaleza del trastorno e implícitamente el rumbo que debe darse al tratamiento. En casos de duda se recurrirá al *análisis hormonal de la orina* que aclara los trastornos puramente funcionales del ovario. Muchas veces la terapéutica con preparados ováricos, quizá combinados con preparados hipofisarios, surte el efecto deseado. ¡Altas dosis! No se ha notado resultado alguno en amenorreicas primarias, en las cuales coexiste a menudo nipoplasia del útero. Este último puede llegar a crecer por la opoterapia enunciada. A veces se podrá insistir aun más con la dilatación más arriba descripta. Varios hechos recomiendan el empleo del injerto de tejido ovárico en plena función, que a veces da lugar a una excitación o regulación funcional

del ovario hipoplástico y de la maduración ovular. En mis observaciones personales no registré más que éxitos transitorios, nunca embarazos.

La "*roentgenterapia excitante*" de los ovarios, aunque muy preconizada, me infunde aprensión y me parece totalmente contraindicada en mujeres donde subsiste la menor posibilidad de concepción: 1º, por temor a dañar el plasma germinativo; 2º, por los efectos imprevistos que tan a menudo se producen.

De manera variada pueden actuar los *quistes y retención y los tumores de ovario* en el determinismo de la esterilidad: mediante trastornos endocrinos; mecánicamente, por tironeamientos, desplazamientos, acodaduras tubarias y uterinas. El tratamiento será quirúrgico y tan conservador como posible. Es fácil enuclear los quistes foliculares, los del cuerpo lúteo, los dermoides, si el tejido ovárico se halla en buen estado. En numerosos casos fue señalado embarazo posteriormente. Los quistes luteínicos y los dermoides son de mejor pronóstico.

Corresponde citarse *las lesiones ováricas por radioterapia* conducentes a esterilidad, en mujeres que aun conservaban plena capacidad reproductiva. En muchas otras enfermas al

buscarse la "roentgen-esterilización temporaria," se provocó amenorrea permanente o, en el mejor de los casos, graves daños en el ovario. Desecho categóricamente tal método aun si es practicado por manos expertas. Bajo este capítulo caen también los trastornos funcionales de ovario en el personal de la sección "radiología" de las hospitales, en cuya profilaxis se impondrá adoptar siempre medidas escurpulosas, si las mujeres abrigan deseos de ser madres.

En términos generales la procreación es indeseable en las lixiadas de ovario.

Las *perturbaciones funcionales de las glándulas endocrinas* acompañadas siempre de disfunción ovárica, participan como importante factor etilógico en el determinismo de la esterilidad. La función sexual normal es propiamente dicho un reflejo de la normalidad endocrina.

La *hipofunción suprarrenal*, del sistema cromafín, puede producir amenorrea y esterilidad. En la enfermedad de Addison se comprueba siempre esta última. Estos trastornos derivan a menudo de alteraciones sifilíticas.

Al ginecólogo le interesa más la *glándula tiroidea*. En la hipofunción (mixedema, caquexia estrumipriva), el aparato genital acusa casi siempre desarrollo

deficiente. Algunas veces el tratamiento específico hará aparecer la menstruación creando condiciones de fecundidad. Sin embargo, en tales personas los embarazos son indeseables, como se comprenderá. En las enfermas de Basedow suele observarse tanto la fertilidad como la esterilidad. Comparto la opinión de Seitz, quien responsabiliza la hipofunción ovárica de la esterilidad en las basedowianas. El tratamiento se dirige contra la enfermedad de Basedow.

La *Hipófisis* ejerce influencia decisiva en el funcionamiento genital y los trastornos de los diversos segmentos de esta glándula se exteriorizan., cada cual, a su modo. La *hipofunción del lóbulo anterior* engendra la distrofia adiposo-genital, la obesidad hipofisaria caracterizada por la acumulación de grasa en la mitad inferior del cuerpo., con hipoplasia genital de diverso grado y esterilidad al parecer atribuible, si coexiste, a aquélla. La *hiperfunción del lóbulo anterior* determina:

- a) en edad temprana: macrosomía (gigantismo) con frecuente hiperdesarrollo genital y esterilidad;
- b) en los adultos: acromegalia a menudo con consiguiente esterilidad. Además puede llevar a un tipo determinado de enanismo asociado con hipogenitalismo y esterilidad.

En las hipofunciones anterohipofisarias se recurrirá a los preparados orgánicos en altas dosis, aunque las directamente responsables de la esterilidad son las perturbaciones oválicas

las que según varias hipótesis obedecen a su vez a centros aún superiores a la hipófisis, situados en el diencéfalo.

Muchas veces la esterilidad se asocia a la de tipo no comprendido entre los enumerados. Lo cierto es que la obesidad exógena (por cebamiento) empeora la función ovárica. De ahí que en todas las obesas estériles se instituirá un régimen alimenticio adecuado.

Muchas *ENFERMEDADES GENERALES* son susceptibles de determinar esterilidad por disminución de la vitalidad general del organismo, p. ej., la tuberculosis, la sífilis y la diabetes, que tienen cada cual su tratamiento.

Otras formas de esterilidad son las que obedecen a la *CONSTITUCIÓN BIOTIPOLOGICA*. En el Tirolo pude observar con frecuencia (como ya lo había hecho Miathefi) un tipo viril-intersexual de mujer estéril, pero con útero normal. Con toda evidencia se trata de un biotipo inapto para la concepción, aunque provisto de aparato genital normal.

Muchas dificultades presenta la cuestión de las relaciones de *FACTORES PSICOGENOS* con la esterilidad.

No puede afirmarse que exista conexión constante en la *dispareunia* y la esterilidad aunque la perfección de la armonía psíquica y somática de los consortes es la mejor garantía de la concepción. El tratamiento de la dispareunia puede ser únicamente psicoterápico, con quizás instrucción de los cónyuges, por separado o conjunta-

mente. La *frigidez sexual* se considerará con mucho escepticismo. Muchas veces estriba en motivos psíquicos más profundos. En ausencia de trastornos manifiestos, casi siempre existe positivamente la fertilidad. La *normalidad de la vida sexual*, en la que se supone el funcionamiento normal de todos los órganos, es sin duda importante para lograr la concepción. En las formas más leves de frigidez se puede hacer uso de algunos medicamentos como la yohimbina, telygan o preparados ováricos puros. En ciertos casos será necesario insinuar que el éxito de la cohabitación exige algunas excitaciones locales.

Numerosas serán las observaciones de *esterilidad sin manifestaciones locales, psíquicas o funcionales*. Todo médico conoce lo matrimonios en los cuales los cónyuges cobrarían capacidad de procrear con sólo cambiar de consorte. Probablemente existe un antagonismo secretorio. Algunos afirman que la fecundación tiene lugar pero que el óvulo una vez fecundado

es destruido inmediatamente. El neologismo de "*disionia*" no expresa otra cosa que una mera hipótesis. Tampoco se conocen muy bien las causas de la esterilidad derivadas de consanguinidad, de incestos, etc. Alguna enseñanza se recogerá a medida que avance la raciología y la investigación de los grupos sanguíneos. En Ja anamnesis se anotará a veces *frecuencia de coito*, fie aconsejará la separación temporaria de los consortes. En muchos casos la nueva reunión fue coronada de embarazo. Recuerdo los "embarazos de guerra." Es posible que esta forma de esterilidad derjve de una deficiente absorción de los espermatozoides o bien de una insuficiente maduración de los mismos, o bien de abortos precocísimos debidos a la frecuencia del coito. Es muy probable que el éxito del tratamiento de la esterilidad en los sitios de balneoterapia se explique en gran parte por la simple separación de los consortes. tras el período de óptima fertilidad en la mujer a veces se po-

drá revelar a los cónyugues que se extiende del día 9 al 17 a contar del comienzo de la menstruación.

Los *hábitos de vida* revisten importancia. Muy frecuente es que la mujer cambia de hábito después de contraído el matrimonio. Muchas veces engorda sin que ello pueda atribuirse a la hipofunción ovárica. Se ordenará la regulación de sus hábitos de vida con abandono de una posible alimentación excesivamente cárnea en favor de otra más vegetariana, evitando a la vez todo exceso de esfuerzos físicos y psíquicos.

El *abuso de cocaína, morfina* I y *éter* pueden determinar la esterilidad. En algunos casos es posible comprobar el *abuso de nicotina*. En dos mujeres ocurrió el embarazo poco después de renunciar al tabaco. No parece decisivo el papel del alcohol en el determinismo de la esterilidad.

Existen *influencias del -medio ambiente*, que conducen a la esterilidad. Los cambios de clima p. e. estada de europeos en los trópicos, pueden disminuir la fertilidad e, incluso, llevar a la esterilidad, de patogenia sumamente compleja, como se comprenderá.

Caben breves palabras sobre la *fecundación artificial o inseminación* que se suele practicar en condiciones patológicas del aparato genital del hombre, como también en casos de "impotencia coeundi" (no impotencia generandi"), imposibilidad de eyacular. En la mujer se cita haberla realizado con éxito en casos de escape seminal (eflu-

vium seminis) o estenosis, incluso en trastornos de orden psíquico. No tengo experiencia personal de la inseminación artificial.

Algunos *balnearios* gozan de fama de obrar milagros en el tratamiento de la esterilidad. Indudablemente no podrá negarse la acción beneficiosa de los baños de fango y de agua salobre para hacer desaparecer restos de procesos exudativos. Todo lo demás es mito. No se me convencerá de poder curar una oclusión tubaria con balneoterapia. El efecto saludable de los balnearios consiste en el cambio de ambiente, regulación de los hábitos de vida y de alimentación, acción cematológica, etc., nada más. Todo tratamiento crónico de acción local deberá desecharse, en particular los lavajes frecuentes de diversa índole, la masoterapia, sotare todo el método bimanual de Thure-Brandt, que es completamente inapropiado.

En resumen: la etiología de la esterilidad conyugal es sumamente variada. Descartada la causa más frecuente, la oclusión tubaria bilateral, de pronóstico poco alentador, las otras formas de esterilidad, aunque a veces de interpretación muy compleja, ofrecen un grato campo de actividad médica, ya que toda curación constituye un éxito médico-social, tanto más empeño y paciencia requiere.

(*Muchener Me. Woch* 1935, pág. 1267).

Traducción de J. ALBANI.

—Del Día Médico.—