



Misc. B. 91.21

Año 1916

Núm. 3139

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ANEXITIS

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO A. ZERILLO

- Ex-practicante ad honorem del Instituto Jenner (1912)
- Ex-practicante menor interno del Hospital de Infecciosos de La Plata (1911-12)
- Ex-practicante menor interno por concurso del Hospital J. A. Fernández (1912)
- Ex-practicante mayor interno del H. de Infecciosos de La Plata (1913-16)
- Ex-practicante menor por concurso y mayor interno del Hospital Rivadavia (1912-1915)
- Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Tornú (1914-15)
- Ex-practicante mayor por concurso del Hospital J. A. Fernández (1915-16)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1277 - BUENOS AIRES

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ANEXITIS



Año 1916

Núm. 3139

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ANEXITIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO A. ZERILLO

Ex-practicante ad honorem del Instituto Jenner (1912)

Ex-practicante menor interno del Hospital de Infecciosos de La Plata (1911-12)

Ex-practicante menor interno por concurso del Hospital J. A. Fernández (1912)

Ex-practicante mayor interno del H. de Infecciosos de La Plata (1913-16)

Ex-practicante menor por concurso y mayor interno del Hospital Rivadavia
(1912-1915)

Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Tornó (1914-15)

Ex-practicante mayor por concurso del Hospital J. A. Fernández (1915-16)

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEBYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

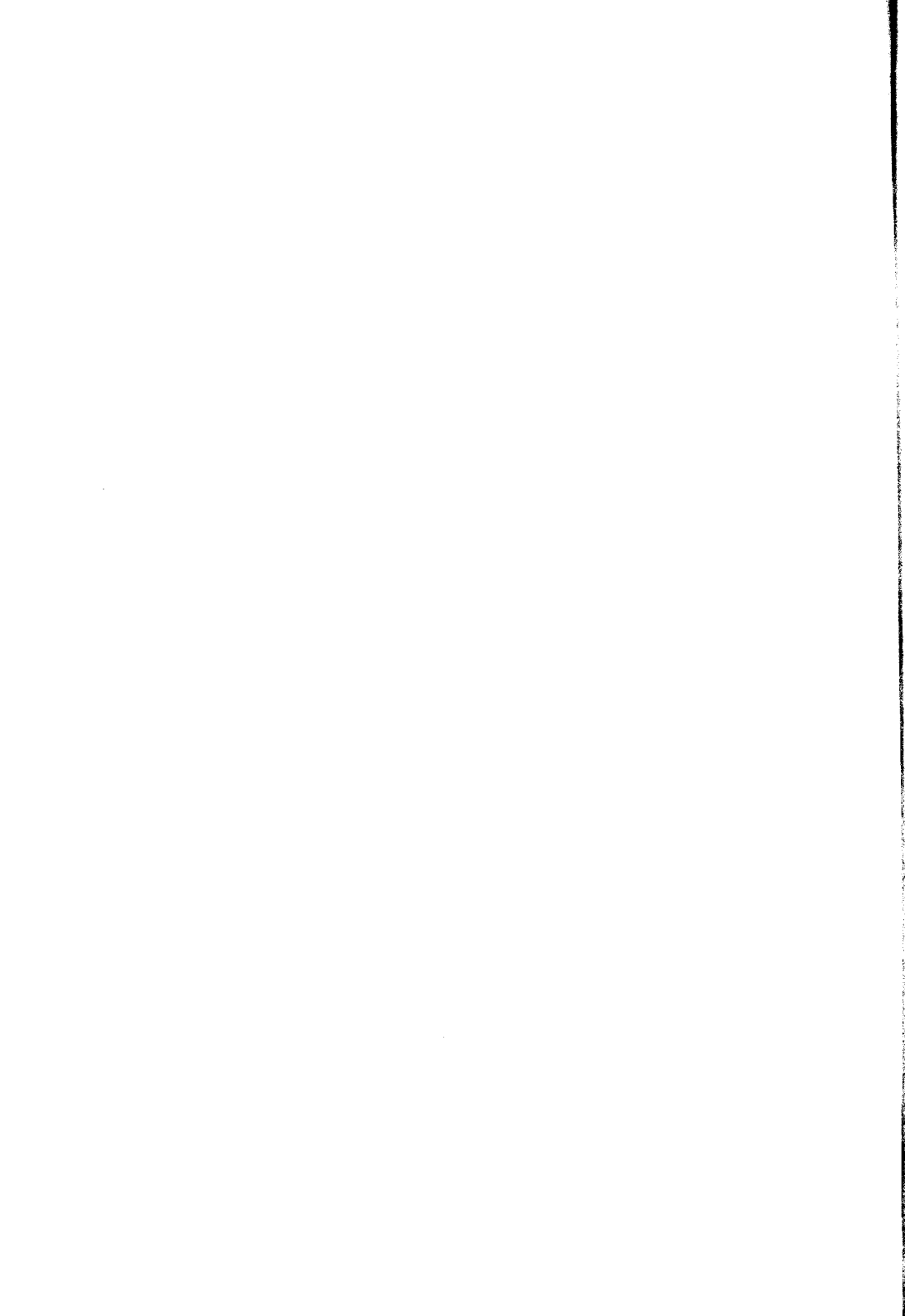
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜMMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO URALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

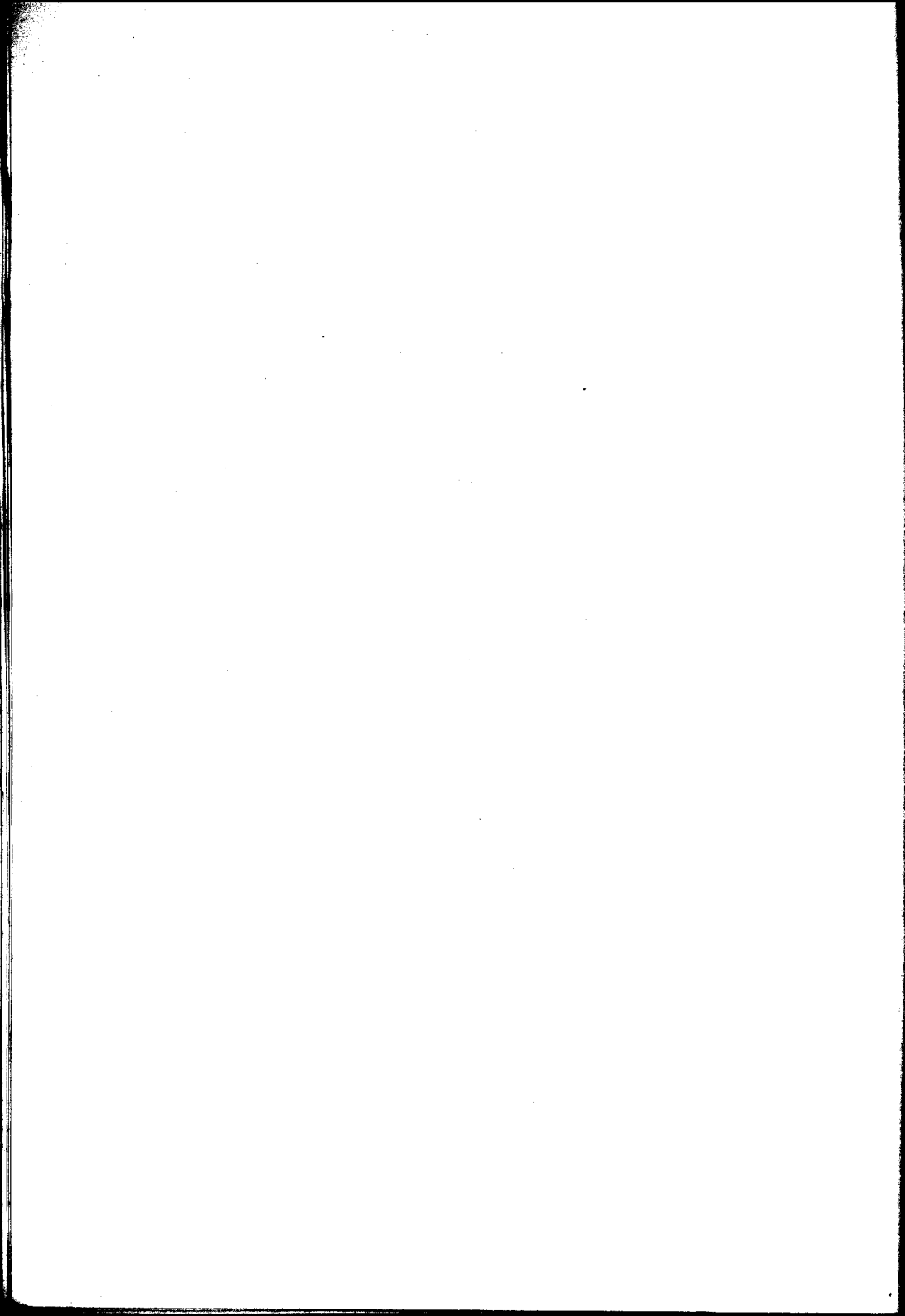
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑOXA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
- Genito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Higiene Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Higiene Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
- Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
- Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	{ MARCELO T. VIÑAS
- Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
- Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
- Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
- Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
- Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTEXO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

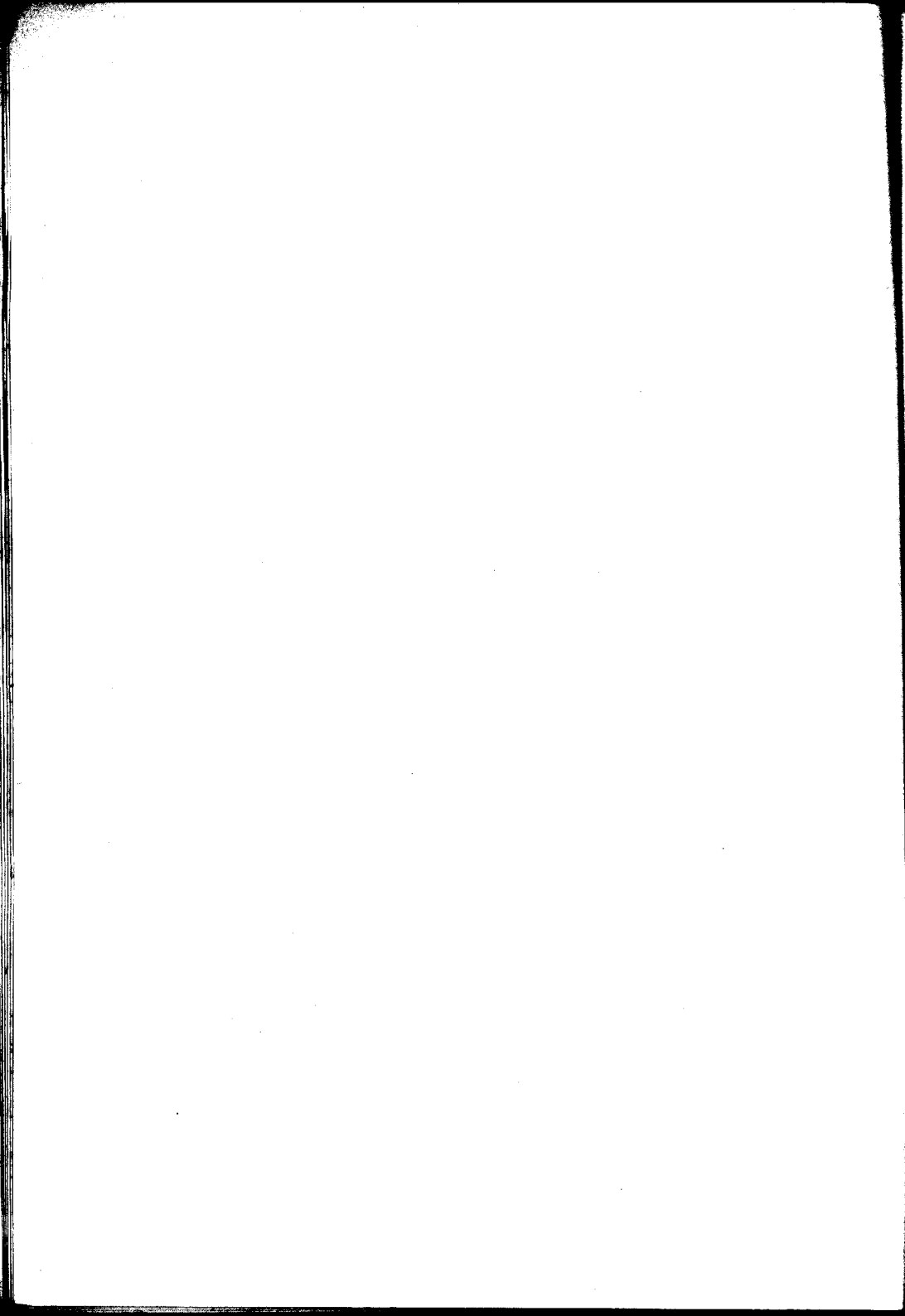
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Psiquiátrica.....	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Quirúrgica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Patología interna.....	" MANUEL A. SANTAS
Clinica oto-rino-laringológica.....	" FRANCISCO LLOBET
» Psiquiátrica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA
	" JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	.. GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	.. SILVIO E. PARODI
	.. EUGENIO GALLI
	.. FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	.. BERNARDO HOUSSAY
	.. RODOLFO RIVAROLA
	.. ALOIS BACHMANN
Bacteriología.....	.. GERMAN ANSCHUTZ
Química Biológica.....	.. BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica.....	.. FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	.. MANUEL V. CARBONELL
	.. CARLOS BONORINO UDAONDO
	.. ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	.. JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	.. ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	.. JOSE MORENO
	.. ENRIQUE FINGOCHIETTO
Patología externa.....	.. CARLOS ROBERTSON
	.. FRANCISCO P. CASTRO
	.. CASTELFORT LUGONES
	.. NICOLAS V. GIBCO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	.. PEDRO L. BALDIÑA
» Genito-urinaria.....	.. BERNARDINO MATAINI
» Epidemiológica.....	.. JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	.. FERNANDO R. TORRES
	.. ENRIQUE B. DEMARIA
» Oto-rino-laringológica.....	.. ADOLFO NOCETTI
	.. JEAN DE LA CRUZ CORREA
	.. MARTIN CASTRO ESCALADA
	.. PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	.. LEONIDAS JORGE PACIO
	.. PABLO M. BARLARO
	.. EDUARDO MARI O
	.. JOSE ARCE
	.. AHMANDO R. MAROTTA
	.. LUIS A. TAMINI
	.. MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	.. ROBERTO SOLI
	.. PEDRO CHETRO
	.. JOSE M. JORGE (hijo)
	.. OSCAR COPELLO
	.. ADOLFO E. LANDIVAR
	.. VICENTE DIMITRI
Clinica Neurológica.....	.. ROMULO H. CHIAPPORI
	.. JEAN JOSE VITON
	.. PABLO J. MORSALINE
	.. RAFAEL A. BULLRICH
	.. IGNACIO IMAZ
	.. PEDRO ESCUDEIRO
» Médica.....	.. MARIANO R. CASTEX
	.. PEDRO J. GARCIA
	.. JOSE DESTEFANO
	.. JUAN R. GOYENA
	.. JUAN JACOB SPANGENBERG
	.. MAMERTO ACUÑA
	.. GENARO SISTO
» Pediátrica.....	.. PEDRO DE ELIZALDE
	.. FERNANDO SCHWEIDER
	.. JEAN ARLOS NAVARRO
	.. JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	.. TORIBIO PICCARDO
	.. CARLOS R. CUBO
	.. OSVALDO L. BOITARO
	.. ARTURO ENRIQUEZ
	.. A. PERALTA RAMOS
	.. FALSTINO J. TRONCE
» Obstétrica.....	.. JUAN B. GONZALEZ
	.. JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	.. JUAN A. GABASTOU
	.. ENRIQUE A. BOERO
	.. JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal.....	.. JAVIER BRANDAN
	.. ANTONIO PODESCA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas...
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Dr. JULIO J. GATTI

» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

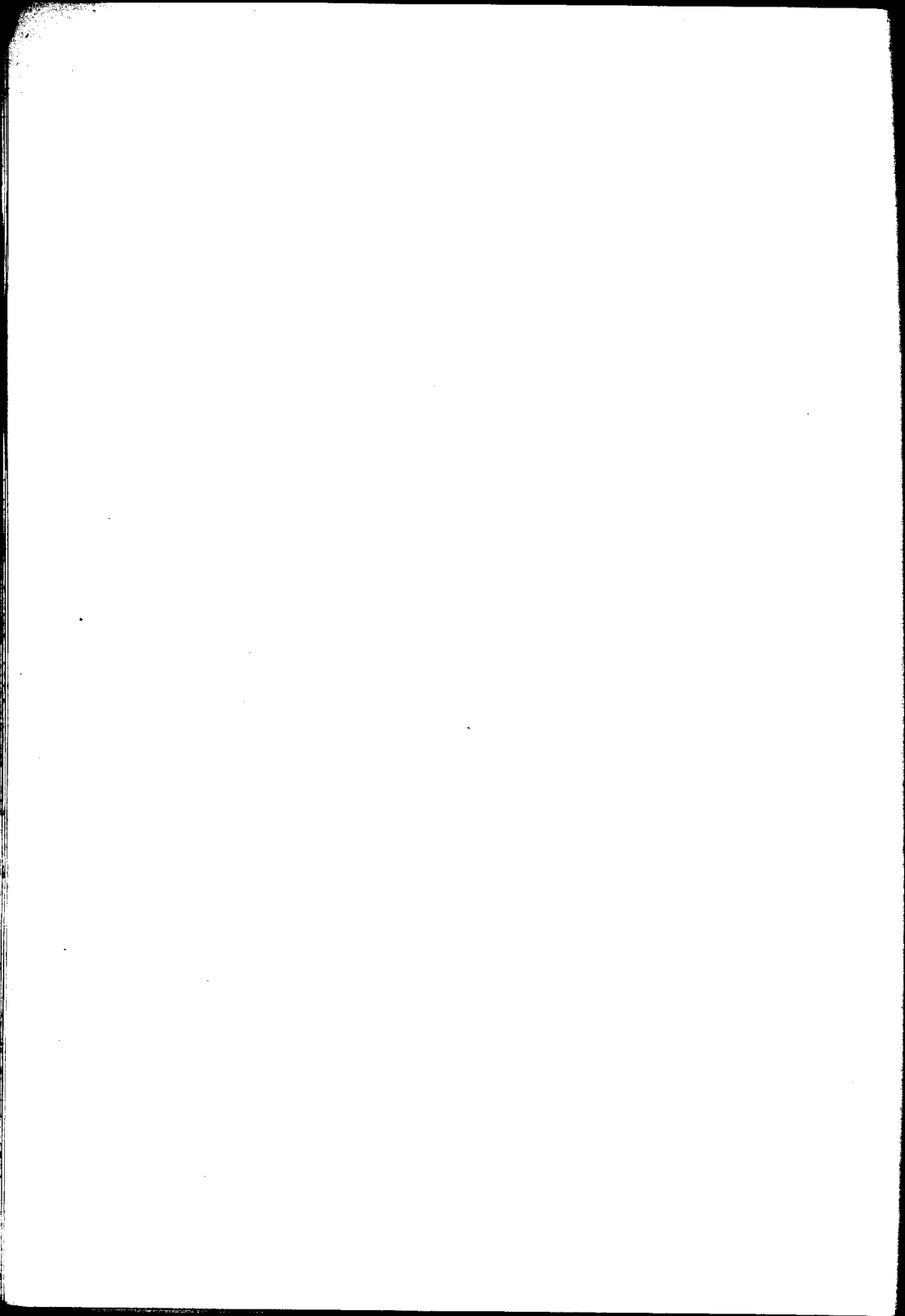
» FRANCISCO P. LAVALLE
» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas.....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
" PASCUAL CORTI
" OSCAR MIALOCK
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
" LUIS GUGLIALMELLI
DR. JUAN A. SANCHEZ
" ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

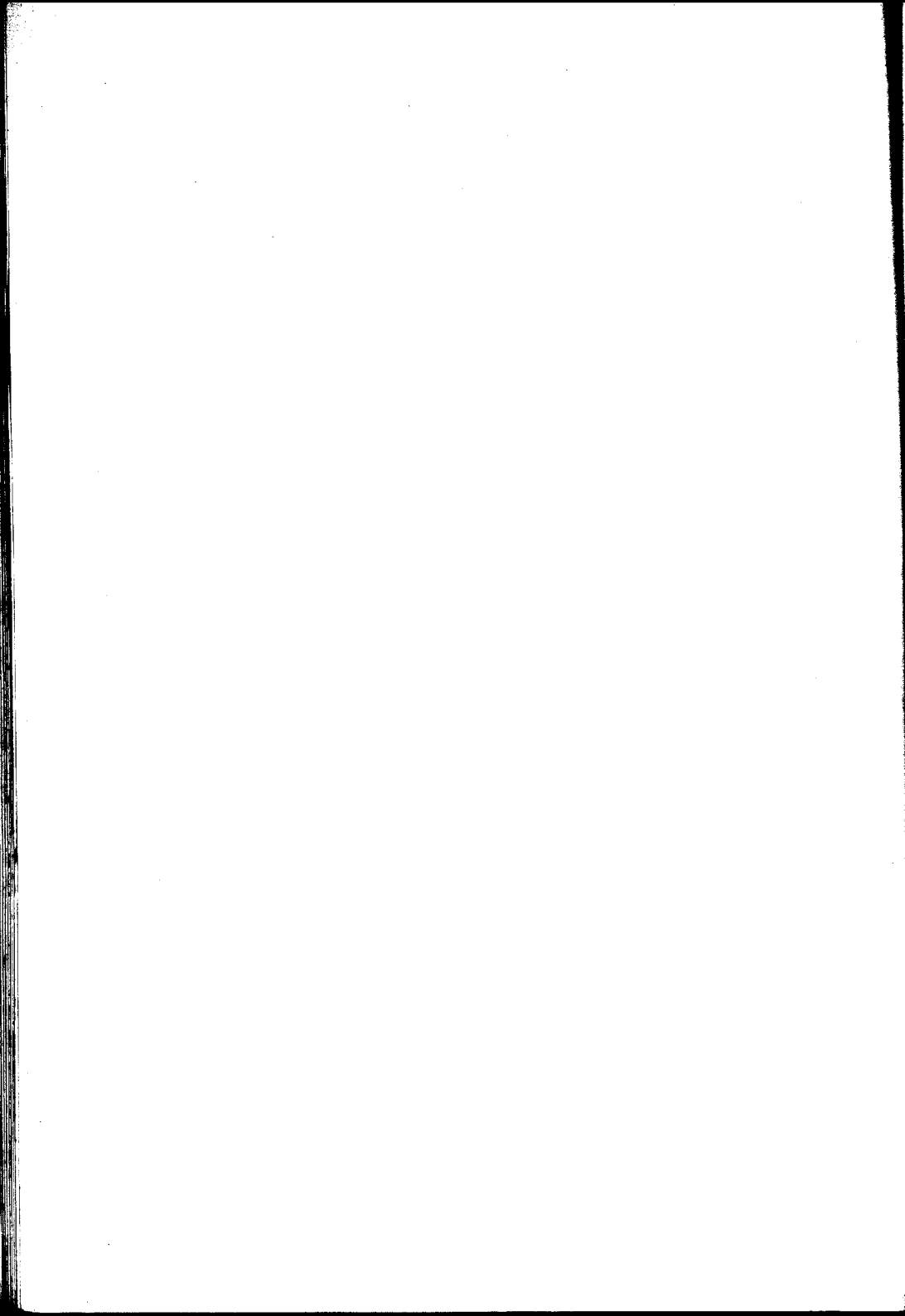
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año :</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año :</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año :</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



Padrino de tesis:

Doctor PEDRO DEL PINO

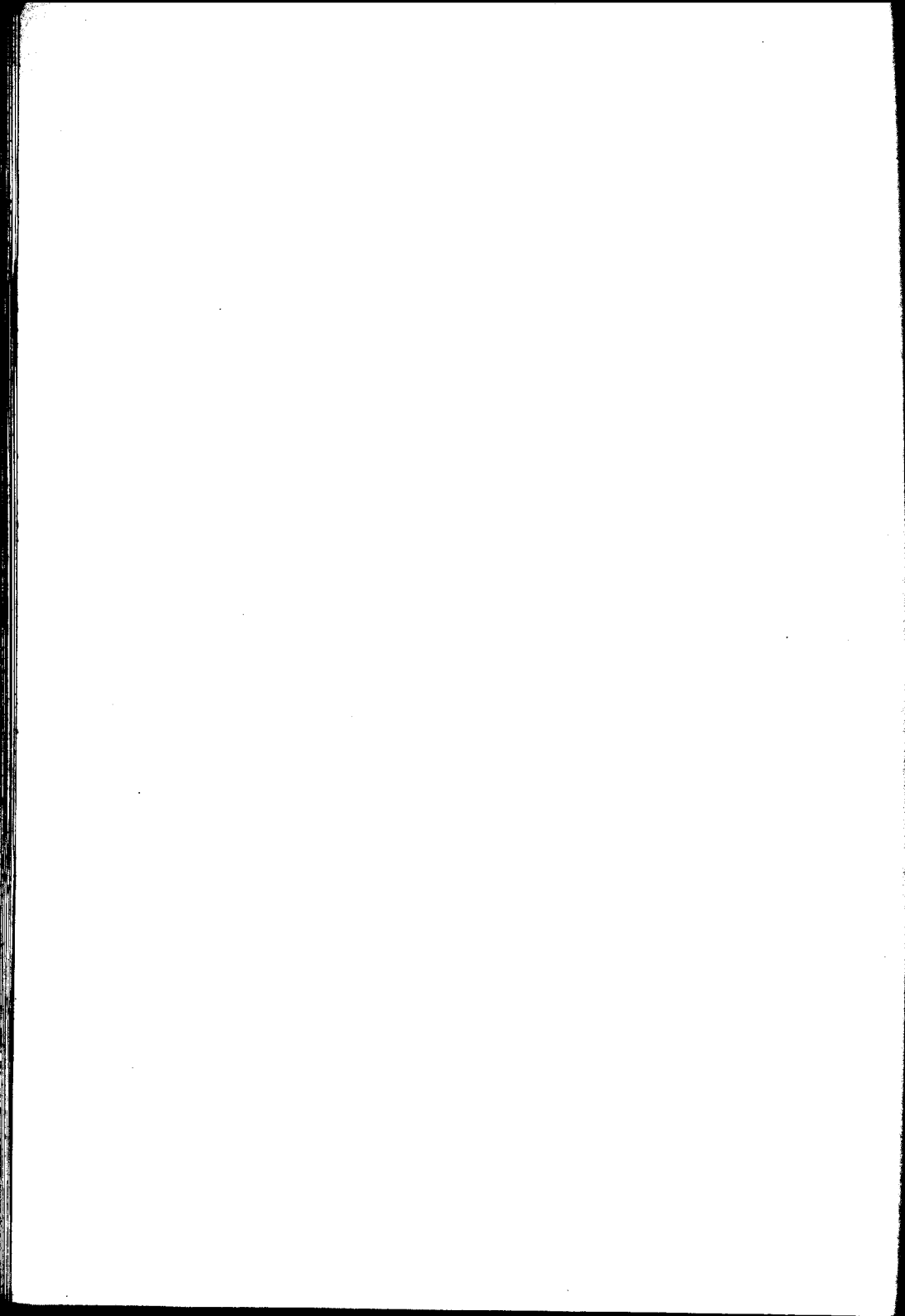
Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía del Pabellón Cobo (abajo)
del Hospital Rivadavia
Cirujano del Hospital San Isidro

A MI MADRE

IN MEMORIAM

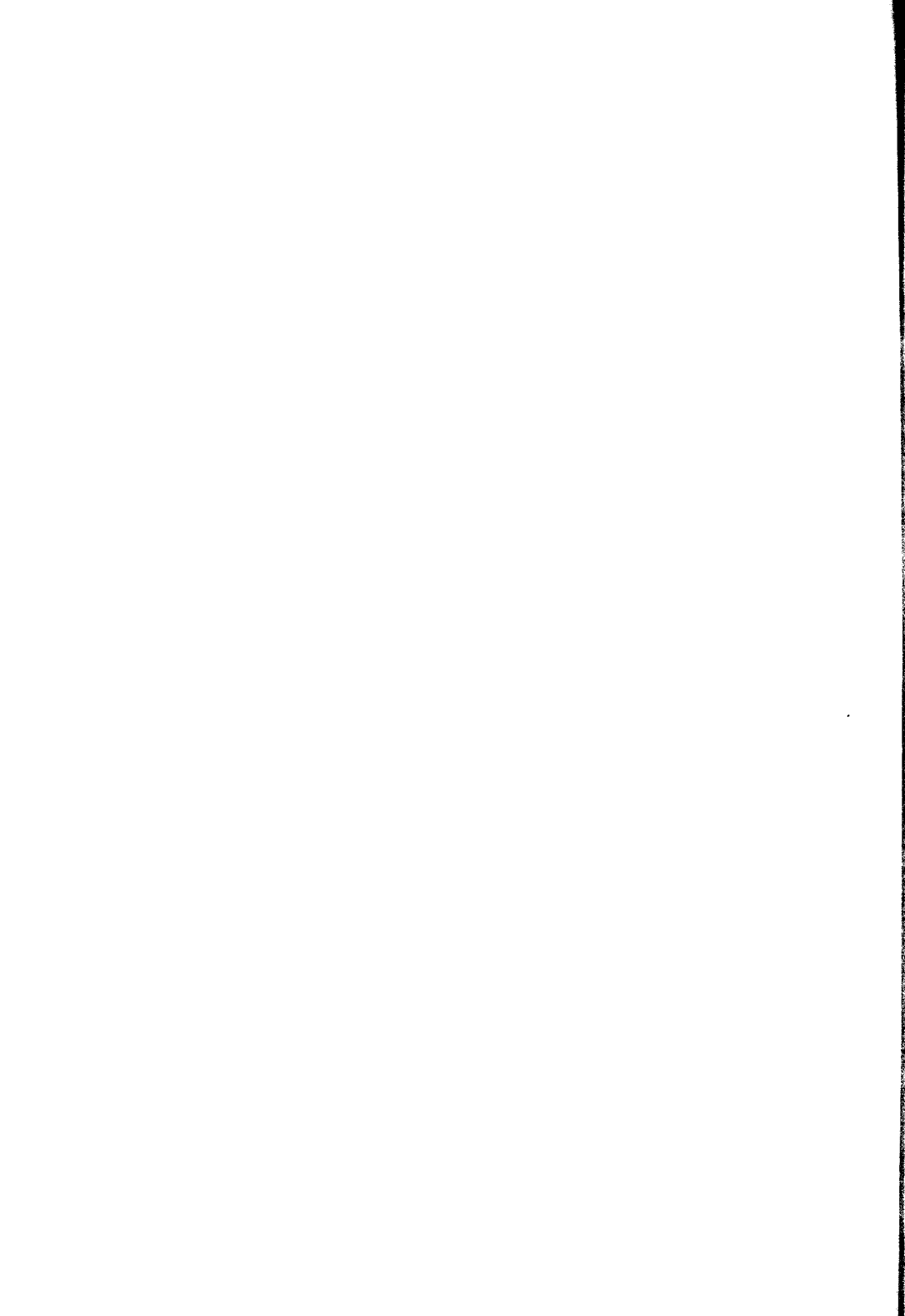


A MI PADRE



A MI SEGUNDA MADRE

ANA BARADAT DE ZERILLO



A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

A MIS COMPAÑEROS:

DOCTOR ALEJANDRO P. COSTA

Y

BENIGNO GONZALEZ TRONCOSO



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este trabajo, cumpliendo así con la imperiosa prescripción reglamentaria que nos exige esta prueba final para optar al título de Doctor en Medicina.

Al abandonar esta casa, a la que tantos afectos me ligan, quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento para todos mis maestros que iluminaron mi senda con sus sabias lecciones y guiáronme con su ejemplo.

Al doctor Pedro del Pino, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto, mi gratitud eterna.

A los médicos de los Hospitales « Ravadavia », « J. A. Fernández » y « Tornú », de quienes tan

tas enseñanzas he recibido, mis más sinceras manifestaciones de reconocimiento.

A los doctores Alejandro Raimondi, Lucio O. Aravena, Pedro A. Guerrero y Francisco Destéfano, el testimonio de mi amistad y gratitud por sus caballerescas atenciones.

A los que fueron mis compañeros de internado, renuévoles las seguridades de mi afectuoso recuerdo y perpétua amistad.

CAPITULO I

Someras consideraciones respecto de las anexitis

HISTORIA

La inflamación de los anexos del útero representa un capítulo relativamente nuevo de la patología uterina.

La propagación de las inflamaciones del útero a las trompas y a los ovarios había sido citada por Astruc (1770) y Licutand (1776); la frecuencia de las alteraciones de los anexos, había sido observada por Aran (1858) y Siredey (tesis 1860). No obstante, puede decirse que la historia clínica de estas lesiones no se ha constituido de una manera estable hasta el período quirúrgico contemporáneo.

A Lawson Tait (1873) es a quien debe atribuirse

buirse el honor de haber llevado a la práctica corriente, por sus trabajos, las nociones casi solo pertenecientes a la anatomía patológica.

Tait, practicando la ablación de gran número de anexos enfermos, puede decirse que ha estudiado esa anatomía patológica en el vivo; y la comparación de las lesiones con los síntomas ha permitido formar una historia clínica bien definida de las alteraciones de los anexos.

Las innumerables intervenciones practicadas desde esa época han suscitado numerosísimos trabajos. Todos los cirujanos y de todos los países han aportado a la obra común el fruto de sus observaciones personales.

Hoy, lo que interesa particularmente es la terapéutica de estas afecciones, punto sobre el cual se continúa discutiendo.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las íntimas relaciones de proximidad de la trompa y del ovario hacen que estos dos órganos se

lesionen casi siempre a la vez. La infección se propaga del uno al otro por los linfáticos, extendidos de los ángulos del útero a los ligamentos anchos y distribuídos abundantemente alrededor de los anexos; es excepcional observar la inflamación aislada de estos órganos, debiéndose describir actualmente de una manera simultánea las lesiones y los síntomas de la salpingitis y de la ovaritis, salpingo-ovaritis.

Sin embargo, en algunas circunstancias puede observarse una *ovaritis supurada* sin participación de la trompa, o una degeneración especial del tejido ovárico sin lesión manifiesta del oviducto (ovarios esclero-quísticos).

Finalmente, el peritoneo vecino y el tejido celular de los ligamentos anchos y de la pequeña pelvis, en íntima conexión con los anexos por su circulación sanguínea y linfática, participan casi siempre de la inflamación, y sus lesiones secundarias dan nuevo carácter a la sintomatología y evolución de la dolencia.

Brevemente expondré las lesiones capitales de los órganos que nos ocupan.

LESIONES DE LAS TROMPAS

Salpingitis — Las inflamaciones de la trompa pueden ser agudas o crónicas; en algunos casos de infección blenorragica o de metritis infecciosa puerperal o port-abortiva, la mucosa tubárica se inflama de una manera aguda y la afección pasa la mayoría de las veces, a no tardar, al estado crónico. En general, la inflamación es crónica desde un principio, sufriendo de tiempo en tiempo exacerbaciones que recuerdan el estado agudo.

Las dos trompas se lesionan, por regla general, al mismo tiempo. La mucosa tubárica es invadida primitivamente (*salpingitis catarral*), con propagación más o menos rápida a las paredes fibromusculares de la trompa (*salpingitis intersticial o parenquimatosa*); las lesiones pueden permanecer en este estado con mayor o menor aumento de los órganos. Otras veces se complican de un derrame en la cavidad tubárica, cuyos orificios se han obliterado o retraído y cuyas paredes laxas se dejan distender; esta colección a veces es de aspecto seroso (*hidro-salpinx*), otras hemático (*hemato-salpinx*), y otras purulento (*pio-salpinx*).

La salpingitis se traduce por un aumento de volumen de las trompas; se hacen al mismo tiempo más vasculares que en estado normal. Casi por regla general cambian de relaciones, adhiriendo a los lados o por detrás del útero, y aún a veces hasta en el fondo de saco de Douglas.

La porción más interna de la trompa, la que se halla en relación inmediata con el útero, y en la que se ha iniciado el proceso inflamatorio, se nos presenta generalmente bajo el aspecto de un pequeño cordón, duro, resistente, muy poco aumentado de volumen, con engrosamiento esclerótico de las paredes y obliteración o disminución constante del orificio tubo-uterino. A partir de este punto, la trompa se dilata, presentando el aumento de calibre y flexuosidades que hemos descrito.

El cuerpo de la trompa en la salpingitis catarral y parenquimatosas, presenta un aumento de volumen desde el doble volumen del órgano al del dedo pulgar; su superficie es roja, vascularizada, generalmente adherida al ovario y a las paredes de la pelvis. La mucosa es roja, presentando regliegues y eminencias vegetantes que llenan la luz del conducto.

Por el lado del orificio abdominal las lesiones son con frecuencia muy manifiestas ; las franjas del pabellón están por lo general congestionadas, adherentes entre sí y con el ovario a las paredes de la pelvis o en las asas intestinales, particularmente con la S ilíaca y el ciego.

El contenido de la trompa es muy variable. En la salpingitis catarral o intersticial pueden no existir más que vegetaciones formadas por la mucosa hipertrofiada, algunas veces se encuentra un líquido mucoso, turbio, y generalmente un moco-pus grisáceo, poco abundante. En este caso se trataría de una salpingitis muco-purulento, sin que exista una colección voluminosa apreciable, a la cual se reserva el nombre de *pio-salpinx*.

El *pio-salpinx*, se caracteriza especialmente por una colección purulenta más o menos voluminosa enquistada en la trompa. Puede desarrollarse rápidamente, a consecuencia de una afección aguda de la mucosa uterina, o bien lentamente siguiendo un proceso crónico, con *poussées* de agudeza que hacen aumentar de volumen a las colecciones.

La cantidad de pus es variable ; desde algunos gramos, suelen hallarse colecciones que tienen 400

500 y hasta 1.100 gramos. El pus es muy fétido cuando existe una abertura espontánea en el abdomen o en el intestino.

En la *pio-salpingitis*, las lesiones de la pared tubaria alcanzan su máximo ; sumamente irregular se halla aumentado su espesor, produciéndose adherencias múltiples con los órganos vecinos y particularmente con el ovario, con el cual llega a soldarse de tal manera, que se hace imposible distinguir y separar el uno del otro. Inferiormente, los anexos pueden adherirse a los lados o parte posterior del útero hasta el fondo de saco de Douglas ; otras veces son elevados y pueden adherirse en la parte superior de la sínfisis sacro-ilíaca o bien en la cara posterior de la pared abdominal anterior.

En la *hidro-salpingitis*, los dos orificios tubáricos se obliteran, formándose un enquistamiento líquido de aspecto claro, transparente, variando su cantidad entre algunos gramos y más de 500 gramos.

El tumor presenta una pared delgada, de superficie lisa y cubierta de falsas membranas filamentosas, vestigios de adherencias en general poco resistentes.

El *hemato-salpinx*, no es más que un derrame sanguíneo producido en la cavidad de la trompa y que puede obedecer a una retención de la sangre menstrual (por atrepsia de las vías genitales), o bien a un embarazo tubario detenido en sus comienzos o más especialmente a una salpingitis catarral o purulenta crónica y de la que el hemato-salpinx no es más que un accidente. Las paredes de la trompa son gruesas; la mucosa presenta una hipertrofia considerable, con gran desarrollo de vellosidades y de vasos de neoformación. El volumen del tumor no sobrepasa generalmente al de una naranja, aunque la cantidad de sangre puede ser de 500 gramos.

LESIONES DE LOS OVARIOS

A las lesiones de la trompa, se agregan casi siempre lesiones más o menos acentuadas del ovario y de las que haré una breve descripción.

La ovaritis se presenta bajo dos aspectos diferentes, según que sea primitiva o secundaria.

La *ovaritis primitiva* parece resultar principalmente de perturbaciones de la circulación pelvia-

na (1). Los embarazos repetidos y aproximados, diversos tumores del útero o del ligamento ancho, comprimen las venas trayendo en consecuencia una congestión pasiva de los ovarios. Se ha invocado igualmente como causa de estas ovaritis, a las congestiones activas (L. Tait, Ed. Martin, L. Championnière, Conzette), tales como las que resultarían de excitaciones sexuales exageradas o anormales, etcétera.

Coincide algunas veces con un «síndrome poli-glandular» y particularmente con un cierto grado de insuficiencia tiroidea.

En esta variedad de ovaritis, las lesiones radican tanto en la sustancia glandular como en el estroma conjuntivo del ovario. Ambos elementos son atacados en grados diversos y variables.

El ovario se halla aumentado de volumen, los vasos están considerablemente inyectados y pueden romperse en ciertos puntos, dando lugar a pequeñas hemorragias intersticiales; hay un espesamiento del estroma conjuntivo.

(1) *Sivdey y R. Le Fur.* — *Maladies des organes génito-urinaires.* — 1912.

Los folículos se modifican en su evolución ; unos se atrofian, en tanto que otros se desarrollan y vuelven quísticos.

En cada época menstrual, la congestión del ovario se repite, produciéndose una nueva poussée inflamatoria. El tejido intersticial se espesa de más en más, las lesiones toman una marcha crónica y el ovario sufre poco a poco la degeneración esclero-quística.

La degeneración esclero-quística del ovario, es la mayoría de las veces bilateral o afecta sucesivamente un ovario después del otro.

Esta lesión particular de los ovarios suele ser independiente de la salpingitis, pudiendo sin embargo coincidir con las alteraciones ordinarias de la trompa.

La ovaritis secundaria, es aquella que sucede a las enfermedades generales graves, tales como la pneumonia, fiebres eruptivas, grippe, tifóidea, etc. Las determinaciones ovarianas de estas afecciones son aún mal conocidas ; se ha señalado la supuración del ovario en ciertas observaciones, la degeneración esclero-quística en otras.

Pero lo más ordinariamente, estas alteraciones

son la consecuencia de la infección genital, que ataca los ovarios, sea de fuera adentro por intermedio de la trompa, o bien de adentro hacia afuera, cuando los microbios penetran por la vía de los linfáticos al nivel del hileo.

Es este último modo de contaminación el que se observa más frecuentemente en la infección estreptocócica puerperal; en cambio, la peri-ovaritis es más particularmente de origen blenorragico.

Las lesiones de la ovaritis infecciosa terminan con frecuencia en la supuración. No es raro observar simples quistes serosos al lado de otras pequeñas cavidades que encierran pus verdadero.

Las formaciones quísticas no se limitan tan solo a los folículos, sino que alcanzan también a los cuerpos amarillos.

Los folículos atacados se atrofian algunas veces, pero lo general es que supuren, dando lugar a quistes purulentos que se desarrollan bastante rápidamente, presentando un relieve más o menos considerable en la superficie del ovario.

En el estroma conjuntivo se forman pequeños absesos, que por su confluencia originan cavidades mayores que pueden a su vez abrirse en un

quiste folicular supurado. El ovario se encuentra de esta manera dividido en un cierto número de bolsas purulentas. Al lado de estos abscesos, pueden encontrarse también pequeños quistes serosos y hemáticos.

PATOGENIA - ETIOLOGIA

La salpingo-ovaritis es una afección del aparato genital de la mujer; su mayor frecuencia corresponde entre los veinte y los treinta y cinco años. Puede observarse en jóvenes vírgenes y en mujeres multíparas.

Las causas que favorecen o determinan la infección de los anexos, son aquellas que permiten a los agentes patógenos penetrar hasta ellos. En primer lugar tenemos las metritis, cuya desesperante cronicidad constituye un foco permanente de contaminación. Citaremos también la infección puerperal, causa bastante frecuente de salpingo-ovaritis; las maniobras intrauterinas de exploración, dilatación o raspado, practicadas sin la conveniente

asepsia, o bien la presencia de fibromas, pólipos o cánceres uterinos.

La vía generalmente seguida por la infección es la mucosa; algunos con Championnière, dan preferencia a la vía linfática.

Según Reymond, varía la vía de transmisión infecciosa según la naturaleza de los microbios; el gonococo penetra en las trompas siguiendo su conducto; el estreptococo invade los anexos por los vasos sanguíneos y linfáticos, y el bacterium coli se abre paso a favor de las adherencias intestinales.

SINTOMATOLOGIA

Es difícil reunir en un cuadro de conjunto los síntomas de las salpingo-ovaritis, desde el momento que puede presentar esta afección una fisonomía bastante variable según las enfermas.

Comienza de un modo agudo o se constituye primitivamente en forma crónica.

En el primer caso, transcurrido algún tiempo

después de un parto o de un aborto, o en el curso de una metritis blenorragica, se manifiesta bruscamente por síntomas agudos : fuertes dolores abdominales, con náuseas, vómitos, temperatura, etc.

Este estado agudo persiste algunos días ; el dolor se calma, los demás síntomas también declinan y las enfermas recobran casi por completo la salud, pudiendo volver a sus quehaceres habituales al cabo de un tiempo que varía entre diez y veinte días. En otros casos, a partir de este primer ataque, quedan definitivos los accidentes revistiendo su carácter ordinario de cronicidad.

En general, la enfermedad tiene un comienzo insidioso, adquiriendo d'emblée la forma crónica.

En estos casos, la salpingitis se manifiesta por una serie de perturbaciones funcionales que se traducen por dolores localizados o irradiados, fenómenos dispépticos y muy frecuentemente síntomas neurasténicos.

Los dolores que observamos en las anexitis, son espontáneos o provocados. Los primeros son localizados por las enfermas, en las partes laterales del hipogastrio, en la región del ovario. Si el proceso anexial es doble, los fenómenos dolorosos son

acusados de ambos lados, por más que esta bilateralidad del dolor es frecuente aún en las anexitis de un solo lado. El dolor puede irradiarse hacia la región lumbar, hacia el sacro y el coccix, hacia el muslo; puede revestir con frecuencia el tipo de la neuralgia crural u obturatriz; tampoco son raras las irradiaciones del lado de la vejiga (polaquiurea, micciones dolorosas) y del recto.

La menstruación aumenta los dolores en ciertas enfermas; en otras, por el contrario, la proximidad de las reglas o su mismo flujo trae consigo una disminución en la intensidad de los fenómenos dolorosos, que vuelven a despertarse algunos días después.

Con bastante frecuencia, sin causa aparente, se exacerban bruscamente los dolores ordinarios; la crisis se hace agudísima, llegando a su máximum los dolores abdominales e irradiados y acompañándose de un flujo seroso, muco-purulento o purulento franco, por el útero.

Estas crisis se conocen con el nombre de *cólicos salpingianos*, por su gran similitud con los cólicos nefríticos y hepáticos.

La gran mayoría de las enfermas afectas de anexitis son al propio tiempo grandes dispépticas, y en muchos casos predominan de tal manera los trastornos digestivos, que pueden inducir a error ocultando la lesión inicial.

En general, se observan los fenómenos de la gastralgia y de la dispepsia flatulenta, con signos de dilatación de estómago, eructos gaseosos, constipación pertinaz, acompañándose estos trastornos las más de las veces, de un estado nauseoso casi continuo, inapetencia y hasta vómitos. Las afecciones anxiales dan lugar en gran número de mujeres, a fenómenos neurasténicos; el carácter se modifica, haciéndose triste; las impresiones resultan exageradas; las fuerzas se debilitan, el menor esfuerzo, cualquier tentativa de marcha van seguidos de fatiga, convirtiéndose estas enfermas en verdaderas inválidas, incapaces de toda ocupación o distracción.

Cuando hay lesiones supuradas, y sobre todo durante los períodos agudos dolorosos, se altera el semblante, adquiriendo un color grisáceo; la enferma enflaquece, y pueden llegar a observarse todos los fenómenos de una hectiquez lenta, con ligera elevación vespertina de la temperatura.

En el curso de una anexitis, se produce a intervalos más o menos distanciados, brotes inflamatorios febriles o no, con el carácter de crisis de peritonismo o pelvi-peritonitis, llegando en ocasiones hasta la peritonitis generalizada. Estas crisis dolorosas agudas pueden aparecer en todas las formas de lesiones de los anexos. En los casos de salpingo-ovaritis supuradas revisten un carácter de especial gravedad; también se observan en el curso de las salpingitis catarrales e intersticiales, de los hidro-salpinx y de los hemato-salpinx, de la ovaritis crónica con peri-ovaritis, y de la degeneración esclero-quística de los ovarios.

Estas crisis, a pesar de la aparente gravedad de los fenómenos, terminan por la curación en la inmensa mayoría de los casos. Otras veces se produce la abertura espontánea de una colección purulenta en el intestino o con menor frecuencia en la vejiga o vagina dejando paso al pus y originando un trayecto fistuloso. En casos excepcionales la ruptura se produce en el peritoneo y si no hay adherencias previas, provoca inmediatamente los síntomas de la peritonitis generalizada: dolores abdomi-

nales atroces, meteorismo rápido, vómitos porráceos, etc.

SINTOMAS FISICOS

Nos los proporcionan la palpación abdominal combinada con los tactos rectal y vaginal. Por la simple palpación abdominal se reconoce la existencia del dolor y puede localizarse exactamente su *máximum*.

Si el tumor es voluminoso puede ser percibido por la mano a través de la pared abdominal.

En general, los anexos descendidos o caídos en el fondo de saco posterior, no son accesibles a la sola palpación; solo en algunos casos, en que los anexos inflamados rodeados de falsas membranas, se adhieren a la pared abdominal, es que la palpación nos permite sentir esa masa indurada a la que se ha denominado *plastrón abdominal* (Terriilon).

Por medio del tacto, reconocemos la situación del útero, su grado de movilidad, su sensibilidad.

El útero se halla desplazado con frecuencia ha-

cia atrás, percibiéndose al tacto en este caso, el cuerpo uterino inmovilizado en el fondo de saco posterior. Otras veces se halla aplicado anteriormente contra la sínfisis por una tumefacción que radica por detrás de él, o desviado lateralmente.

Por el tacto puede despertarse una sensibilidad más o menos acentuada en los fondos de saco, especialmente en el posterior, notándose también una disminución de la blandura y depresibilidad de estas regiones, y algunas veces un dolor marcado, que se localiza en uno de esos puntos y se despierta por la presión del dedo de abajo arriba.

Examinando con mayor detenimiento, se reconocen hacia los lados y parte posterior del útero signos muy variables según la naturaleza y extensión de las lesiones anexiales. Con frecuencia, el dedo explorador percibe solo una ligera induración o un cordón nudoso, abollado, que se dirige hacia afuera y abajo, delgado por lo común, pero que aumenta de volumen de adentro afuera. En este caso se trata de una salpingitis intersticial, con aumento de volumen del órgano, pero sin exudado apreciable.

La trompa puede ser movable, pero por lo ge-

neral se halla fija. Otras veces permite comprobar el tacto, en el fondo de saco posterior o pósterolateral, un cuerpo movable a veces y que huye a la presión del dedo, de una sensibilidad exquisita; es un ovario aumentado de volumen, descendido al fondo de saco de Douglas y que ha quedado adherido o no a dicho punto. Se trata de un ovario inflamado crónicamente, con peri-ovaritis y algunas veces degeneración quística del tejido ovárico.

Más frecuentemente encontramos en el fondo de saco posterior o pósterolateral, una induración más o menos voluminosa y cuya forma, consistencia y relaciones no pueden apreciarse claramente sino por el tacto y palpación combinados. Esta tumefacción puede variar de volumen, no siendo en ocasiones mayor que el pulgar o que una mandarina, y llegando en otras a dimensiones más considerables.

En el primer caso, no es posible reconocer sino una masa más o menos indurada, que presenta a veces en uno o varios puntos, una abolladura deprimible o fluctuante y en otros casos es uniformemente resistente.

Se trata entonces de un paquete formado por

los anexos inflamados crónicamente, el ovario y la trompa adheridos entre sí y a las partes vecinas.

En estos casos puede presentar la trompa una colección bien perceptible; los tejidos que la rodean son duros, resistentes, confundidos íntimamente con las partes vecinas cuando se trata de una salpingitis y sobre todo si esta lesión ha determinado brotes recidivantes de pelvi-peritonitis.

Cuando nos encontramos en esas mismas regiones con una bolsa de contenido claramente líquido, con fluctuación bien neta, podemos asegurar que se trata de un hidro-salpinx o de un hemato-salpinx; por lo general las paredes del hemato-salpinx son más gruesas que las del hidro-salpinx, carácter que por otra parte también presentan las del pio-salpinx. Algunas veces estas colecciones son tan voluminosas, que se percibe su fluctuación a través de la pared abdominal y aún hacen relieve en ella.

La ovaritis esclero-quística, se instala lentamente, evoluciona sin dar lugar a síntomas bien apreciables al principio. Las reglas tienen el carácter de menorragias, son irregulares, dolorosas. El síntoma dolor, reviste en esta afección real importancia.

Se muestra en el momento de las reglas, de la marcha, de un esfuerzo, durante y después del coito, algunas veces durante la defecación, convirtiendo a estas enfermas en verdaderas inválidas.

Por el tacto combinado, percibimos a los lados o por detrás del útero, un cuerpo generalmente algo irregular, de superficie a veces resistente y doloroso a la presión. El órgano puede ser movable o no, y se halla por lo general aumentado de volumen.

EVOLUCION — PRONOSTICO

En general, las salpingo-ovaritis siguen una marcha esencialmente crónica ; excepcionalmente se obtiene la resolución y la curación después de un primer ataque.

Druante un tiempo más o menos largo, la enferma no experimenta más que dolores abdominales suaves, a veces agudos, continuos o intermitentes, que no constituyen todavía un obstáculo serio para sus ocupaciones diarias. Pero en un momento dado, bajo la influencia de un esfuerzo, de una fatiga, a veces sin causa apreciable, los dolores se vuelven

intensos, el vientre se meteoriza, sobrevienen vómitos y temperatura. Después, gracias al reposo, estos síntomas se atenúan y desaparecen, haciéndose sentir nuevamente pasado un tiempo más o menos variable. Estas poussées agudas, brotes de pelvi-peritonitis, son la regla en todas las anexitis.

En la salpingitis catarral, es posible la curación después de largos períodos de tratamiento; también es posible en el pio-salpinx después de la abertura espontánea de la colección. Gran número de enfermas quedan condenadas a una verdadera invalidez; las mujeres de la clase obrera deben renunciar a sus trabajos pesados; muchas se convierten en morfímanas, quedando sujetas a todos los trastornos de la intoxicación por la morfina y predispuestas a todas las afecciones secundarias y especialmente a la tuberculosis.



CAPITULO II

Tratamiento de las anexitis

I.—TRATAMIENTO MEDICO: BREVES CONSIDERACIONES

II.—TRATAMIENTO QUIRURGICO: SUS RESULTADOS

El tratamiento de las lesiones anexiales ha sido y es actualmente discutido. La cirugía sigue aún predominando como el medio más eficaz y el recurso de última instancia para la curación de esas lesiones.

En las formas agudas, salvo indicación especialmente urgente derivada de la ruptura tubaria, por otra parte muy rara en esas condiciones, el tratamiento debe ser expectante, exclusivamente médico.

La inmovilidad absoluta en el decúbito horizontal, la aplicación de hielo sobre el vientre, la morfina, pantopón, cloral, etc., constituyen los elementos esenciales del tratamiento médico.

Se prescribirá dieta hídrica. Contra el meteorismo se aconseja drenaje del gas por medio de sonda rectal. La depresión, si la hay, se combatirá con inyecciones de aceite alcanforado, suero, esparteina, cafeína, etc.

Cuando no hayan náuseas, se darán alimentos ligeros: caldo de verduras, leche, puré, compotas, etcétera.

Se permitirán algunos movimientos a las enfermas, cuando los dolores hayan desaparecido.

En las fases sub-agudas y crónica de las anexitis, se pueden hacer irrigaciones rectales, calientes prolongadas y repetidas como aconseja Réclus, o vaginales como preconiza Richelot.

La hiperemia, que es lo que se persigue con estas irrigaciones, está indicada en todos los procesos inflamatorios crónicos. Actualmente se emplea mucho con el mismo fin, el aire caliente.

Los autores que preconizan el aire caliente para reemplazar las inyecciones, se basan sobre el hecho «de que se pueden emplear con el aire, temperaturas más altas que con el agua, pues el cuerpo humano soporta mejor el calor seco que el húmedo». Por otra parte, la acción terapéutica de la

hiperemia es tanto más activa cuanto más larga es la aplicación del calor. Es difícil de realizar con las inyecciones de agua caliente, una hiperemia de larga duración, siendo en cambio posible hacerlo con la ayuda de aparatos de aire caliente.

Los resultados obtenidos con este medio han sido muy favorables. Polano (1) ha podido en veinte sesiones hacer desaparecer una enorme masa « dura como piedra » que iba hasta el ombligo. Tal vez haya un poco de exageración, pero es evidente que todos los ginecólogos ponderan los efectos del aire caliente en estos casos.

El primer fenómeno que se observa es la cesación de los dolores. En seguida las adherencias se relajan, el útero se moviliza y la curación completa puede sobrevenir.

Tompson, Kehrer, Lewicki, Kauffmann, Feis y otros han tratado anexitis y exudados peri-uterinos por este medio, y todos se han manifestado satisfechos de los resultados obtenidos.

También se ha puesto en boga entre nosotros,

(1) Archives Mensuelles D'obstetrique et de Gynecologie. — 2^o Année N^o 10.—Paris.

y en el Servicio de Ginecología del doctor Durafiona (Hospital J. A. Fernández), donde he actuado como practicante, he podido constatar en más de una ocasión la eficaz acción resolutive que tiene sobre esos procesos crónicos.

La dilatación del útero, como un medio para vaciar los quistes tubarios, ha sido aconsejada por Bonnaire; más se emplean las simples curas vaginales por medio de tapones a la glicerina thigenolada o ictiolada que facilitan la expulsión de las mucosidades uterinas y algunas veces de las secreciones tubarias cuando el orificio interno del canal ha quedado permeable.

La introducción de las vacunas antigonocóccicas y su aplicación en los procesos anexiales de ese origen, es, puede decirse, una adquisición moderna de la ciencia médica y los resultados obtenidos, aunque muy halagadores no son concluyentes. Haremos mención de los principales sueros y vacunas empleadas con ese fin.

En primer lugar citaremos el Haptinógeno Gonno, del sabio doctor Julio Méndez; luego la Nucleo-Proteína Gonocóccica del profesor doctor Dessy; la vacuna antigonocóccica del Departamento Na-

cional de Higiene (preparada por el doctor Krauss); el Dmegon (o Vacuna de Nicolle), la Gonargina (vacuna alemana), el Filacógeno (vacuna polivalente, norteamericana), etc.

II. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Consideraciones generales.

—Casos en los cuales debe intervenirse. — Vía de elección; laparatomía, vía vaginal (algunas de sus indicaciones precisas). — Cuadro estadístico de estas intervenciones.

La tendencia conservadora, en el sentido de no practicar una intervención en aquellas enfermas que podrían curar sin un tratamiento cruento, es la que debe inspirar al ginecólogo cuando tenga que resolver la conducta a seguir en un caso de anexitis.

Siendo innegable que un buen número de enfermas se curan o mejoran de una manera tan sorprendente, que sería difícil y hasta imposible diagnosticar por el examen minucioso la afección de que han padecido, y que esta curación puede observarse después de un severo régimen de vida y tratamiento, como también después de haber seguido una conducta al parecer absurda, sería casi redundante insistir con qué reservas debe aconsejarse

el tratamiento quirúrgico en los comienzos de esta afección.

Pero una vez que se ha seguido durante algún tiempo una enferma que ha tenido una anexitis y se observa que no hay tendencia a mejorar, o bien que las lesiones se hacen evidentes y estables, es necesario pensar en la intervención.

Para plantear una indicación formal de intervención, debemos tener en cuenta no sólo los caracteres de la enfermedad en sí, sino también las condiciones de la enferma misma. Así, en los servicios hospitalarios nos vemos muy a menudo privados de la posibilidad del tratamiento médico en enfermas de esta naturaleza, porque la mayoría de las veces son personas que requieren curar rápidamente, pues necesitan trabajar para alimentar sus hijos y cooperar en toda forma en los quehaceres del hogar.

Hay también algunas enfermas que no tienen ni se les puede inculcar ninguna idea que implique un cuidado metódico y asiduo, o carecen de fuerza de voluntad para seguirlo, con las cuales nos vemos obligados a renunciar igualmente a un prolongado tratamiento médico previo.

Ahora bien, excluyendo estos casos en los que el ginecólogo se ve casi obligado a intervenir, existen indicaciones más perentorias, como las que pasamos a enumerar.

a) *Sufrimientos continuos de la enferma*, por la sola presencia que un tumor inflamatorio de la pelvis ocasiona, de una manera variable de uno a otro caso. En algunas mujeres es a tal punto intolerable que ni aún guardando cama y usando de analgésicos de todo género se consigue que pasen un día sin sufrimiento, una noche sin insomnio.

Las mismas enfermas en estas condiciones, son las primeras en apurar la decisión del cirujano diciendo que cualquier mutilación es preferible al sufrimiento que las aqueja.

b) *Cuando el estado general desmejora* de una manera progresiva, que hay fiebre, taquicardia, sudores abundantes, en fin, fenómenos todos que se encuentran en las colecciones de pus. No es conveniente en estos casos prolongar mucho tiempo el tratamiento expectante porque consideramos fuera de duda que estas enfermas están constantemente en activa lucha con elementos tóxicos e infecciosos y en un momento que no es posible preveer el or-

ganismo, cae vencido ; la infección se generaliza o bien toma localización en órganos como el corazón y vasos que se encargan de distribuirla por todos los demás, como se han observado algunos casos.

c) *Los signos de compresión* de órganos vecinos nos deben hacer intervenir con frecuencia y es igualmente en estos casos, cuando el signo es evidente que no debemos prolongar mucho nuestra expectativa, pues es frecuente observar lesiones inflamatorias estenosantes del intestino que ceden lentamente después de operadas, sin contar los inconvenientes que puede tener una perforación del tumor inflamatorio en el órgano comprimido.

Estas compresiones cuando se ejercen en los paquetes vásculo-nerviosos ocasionan sufrimientos a los que es urgente marcar un límite.

d) *Ataques frecuentes de pelvi-peritonitis* que obligan a las enfermas de tiempo en tiempo a guardar cama, con sufrimientos intensos y a las que solo la idea de creerse curadas, una vez pasado el ataque, les hace desechar la intervención ; pero como siempre quedan expuestas a complicaciones graves, debemos aconsejar la intervención.

e) Algunas enfermas sufren mucho por la *dis-*

ménorrea que frecuentemente acompaña a estas lesiones, así como la *leucorrea* y *metrorragias*; estas últimas son en algunos casos bastante abundantes para sumarse como factor importante en el debilitamiento y anemia progresiva de las pacientes, por todo lo que debemos con una intervención quirúrgica poner término a estos factores mórbidos sin caer en el círculo vicioso en que se encierran aquellos que esperan a que la enferma se fortalezca.

f) *Las torsiones bruscas de los anexos inflamados*, son una complicación que aunque muy rara, es digna de tenerse presente para plantear la indicación de una intervención perentoria.

g) *La ruptura brusca de anexo supurado* sería igualmente indicación para operar tan pronto se haya establecido el diagnóstico.

En las rupturas de un anexo en los órganos vecinos, recto, vejiga, ureter y aún en la piel, se forman fístulas no sólo molestas, sino que son amenaza constante de complicación; en estos casos es también necesario operar, después que una prudente expectación nos hace ver que las enfermas no mejoran como sucede a veces, sino que empeoran o se complican.

Así como pasa con las lesiones inflamatorias en general, las anexitis aunque no sean muy ruidosas pueden ser el punto de partida de lesiones alejadas, las que a su vez son la principal fuente de los síntomas que acusa la enferma y contra los cuales no habría recurso quirúrgico que aportar; en esas condiciones no sólo nos fracasaría el tratamiento, sino que también podría empeorar la situación actual de la enferma y hasta producir una terminación fatal.

Ultimamente, en el servicio del doctor Zabala, hemos observado una enferma que nos fué enviada para ser operada de urgencia, con un estado sumamente grave, temperaturas irregulares, sudores profusos, dispnea, bronquitis, anemia intensa, algunos dolores en la pelvis y otros más fuertes en el epigastrio y costado derecho. Pues bien, esa enferma en quien debimos postergar dos o tres días la intervención, para prepararla con suero, cafeína y demás tónicos, falleció al 4º día sin reaccionar en lo más mínimo. En la necropsia comprobamos que tenía degeneraciones viscerales profundas, una endocarditis vegetante ulcerosa, infartos supurados en el riñón, bazo y pulmones, además de su lesión ane-

xial supurada, probable origen de aquella endocarditis y sus consecuencias.

Es evidente que la intervención sobre los anexos no hubiera sido ya eficaz contra esas lesiones ya instaladas y sólo habría sido tal vez la causa de una muerte casi segura en la mesa operatoria. De modo que se podría concluir de aquí como de la mayoría de las enfermedades, que es más importante prevenir curando que curar solamente lo ya hecho.

Fuera de los casos en que está indicado operar de urgencia, es conveniente siempre no intervenir en el momento álgido de los ataques que suelen acompañar a estas lesiones, pues la práctica parece haber comprobado que la virulencia de los gérmenes está exaltada en esos períodos. Además por ese mismo proceso agudo los órganos que están en contacto o adheridos a los anexos, sufren un reblandecimiento que hace peligrosas las maniobras de desprendimiento, en el sentido de que es fácil producir desgarraduras que con frecuencia conducen a la formación de fístulas interminables. Por otra parte, la mayoría de los cirujanos (cuando operan en esas condiciones) creen necesaria la colocación

de drenajes o taponamiento a lo Mikulicz que siempre retardan algo la cura inmediata de la herida y facilita la formación de hernias y eventraciones en lo sucesivo. Por lo tanto, el ideal sería hacer la intervención en un momento en que no fuera necesario seguir esta conducta.

Las vías de elección en esta clase de intervenciones son : la abdominal (laparotomía) y la vaginal. Es indudable que ninguna de éstas puede ser absoluta ; una y otra son buenas ; una y otra tienen sus indicaciones, son ventajas en determinados casos, y su fracaso en más de una ocasión debe ser atribuído a falta de técnica, de habilidad de parte del cirujano, o muy bien a un diagnóstico erróneo.

La laparotomía, que es indudablemente la vía que más adeptos tiene, ofrece la ventaja de corregir un diagnóstico casi siempre imperfecto por múltiples causas.

No entraremos en los detalles de las variadísimas intervenciones que se practican sobre los ane-

xos, que por otra parte se hallan expuestos a la perfección en cualquier tratado de cirugía ginecológica.

Las intervenciones por vía vaginal que he visto practicar con relativa frecuencia en los servicios donde he actuado, exigen se observen algunas condiciones previas. En el servicio de Cirugía Ginecológica del doctor Chueco, al que he asistido con frecuencia durante mi internado del Hospital Fernández, la conducta que se sigue en cuanto atañe a los procedimientos operatorios en los procesos supurativos de los anexos (cuando se interviene por vía baja) es llenando las tres siguientes indicaciones :

1° *Cirugía sintomática* : procedimiento operatorio : la colpotomía posterior, que puede llevarse a cabo en dos circunstancias.

a) Cuando el proceso supurativo localizado ya en el ovario o en la trompa, bombea de una manera acentuada el fondo de saco posterior, y la temperatura elevada, índice de la virulencia del agente infeccioso, limita la intervención a una operación de urgencia e inocua en tales casos como la colpotomía.

b) Cuando igual proceso, de idéntica localización, exige por el estado sumamente precario de la enferma, una intervención tan simple como la colpotomía, que evacuando el foco purulento coloque a la paciente en camino de poder en breve lapso de tiempo soportar una segunda operación, radical o conservadora, realizada por laparotomía o por la misma vía.

2º *Cirugía conservadora* : El tratamiento operatorio puede realizarse por colpotomía anterior o posterior ; en este último caso se intervendrán por esta vía aquellos procesos supurativos que sean francamente de localización posterior, teniendo en cuenta además que el límite superior del foco supurativo a extirpar, no sobrepase la excavación pelviana ; se efectúa la salpingotomía o la resección parcial del ovario cuando el órgano lesionado esté parcialmente atacado.

Y por la colpotomía anterior, todos aquellos procesos supurativos que un diagnóstico preciso demuestre que ellos pueden ser reducidos de volumen y luego factibles de ser exteriorizados.

3º *Cirugía radical* : Cuando los procesos su-

purativos son de tal naturaleza y magnitud que exijan su extirpación total, la indicación de la vía vaginal será hecha para aquellas lesiones en que un diagnóstico preciso demuestre que los procesos supurativos de ambos anexos del útero son reductibles y exteriorizables.

Para terminar, publicamos a continuación algunos datos estadísticos referentes a las enfermas que se han observado de la afección que nos ocupa, sobre una serie de 2.200 ingresadas últimamente de distintas afecciones quirúrgicas, lo que representaría un porcentaje de 11,3 % para aquellas.

Estos datos los he tomado con el gentil asentimiento de los doctores Zabala y del Pino, del Pabellón Cobo abajo del Hospital Rivadavia, de cuyo servicio he tenido el honor de formar parte durante mi internado, habiendo por lo tanto seguido personalmente muchas de ellas.

Y es, por otra parte, en el criterio que se ha tenido en cuenta en el Servicio mencionado, que se ha inspirado la parte práctica de este trabajo.

CUADRO ESTADISTICO

CLASE DE INTERVENCIÓN	Operadas que han vuelto al servicio sin novedad	Operadas que no han vuelto al servicio y que asimismo curadas	Operadas con traslornos post-operatorios	Fallecidas	TOTALES
Histeractomía total.....	2	3	—	1	6
Histerectomía sub-total....	10	112	18	6	146
Oóforosalpingectomía....	1	67	1	1	70
Oóforosalpingectomía doble	1	—	—	1	2
Oóforectomía.....	—	4	—	—	4
Salpingectomía.....	—	2	—	—	2
Ovariectomía parcial.....	—	2	—	—	2
Ignipuntura.....	2	17	1	—	19
Totales.....	16	206	20	9	251

Como resultado de los cómputos totales tenemos nueve defunciones sobre 251 operadas, lo que da un 96,4 % de curaciones y un 3,6 % de mortalidad.

Llama la atención en este cuadro la escasa cantidad de enfermas que son observadas después de

operarse, pero recordando que la mayoría de ellas viven en el campo, o aunque en la ciudad lejos del Hospital, encuentran muchas dificultades para concurrir a hacerse ver y aún más todavía si se tiene en cuenta que tienen que trabajar para atender a la familia en el caso de encontrarse bien sobre todo.

De modo que hay razones fundadas para pensar que las enfermas que han salido curadas del hospital están todas bien o con fenómenos consecutivos de escasa importancia.

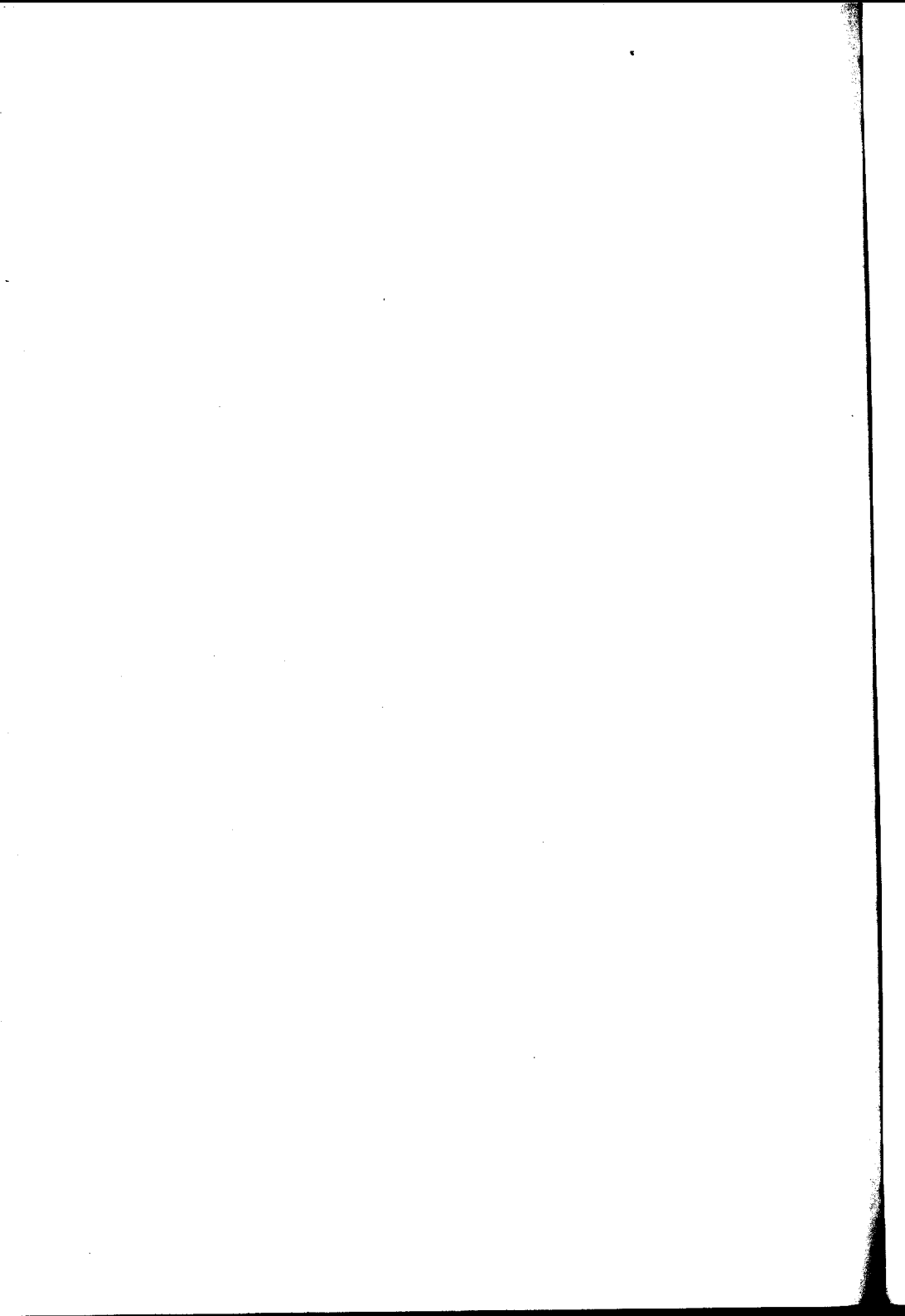
Los fenómenos post-operatorios a que se hace referencia en una casilla del cuadro, son generalmente síntomas nerviosos que caracterizan la menopausa artificial; algunas veces dolores en las cicatrices, etc.

Publicamos además la observación resumida de las enfermas fallecidas y por ellas vemos que tres enfermas (núms. 406, 722 y 1.373) sucumbieron con fenómenos de peritonitis generalizada, pero que no fué comprobada en la necropsia; otras tres, con peritonitis constatada en la autopsia (núms. 493, 1.577, 2.193), dos fallecieron con lesiones viscerales complejas, sobre todo degeneración hepática

(núms. 1.086, 1.953). Una (núm. 500) falleció con síntomas de embolia pulmonar, y la autopsia hizo pensar en que esa sola podría ser la causa de la muerte.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I (Nº 406 del libro)

Angela R., 25 años, casada.

Diagnóstico — Pelviperitonitis. Perímetro-salpingitis.

Intervención : 31-III-913.

Laparotomía mediana inferior. Se hace una extirpación de ovario. Se deja un taponamiento Mickulicz.

Al día subsiguiente, estando aparentemente bien, se le saca el Mickulicz ; después tiene timpanismo, taquicardia, sudores, vómitos negruzcos, etc.

Fallece : 4-IV-913.

OBSERVACION II (Nº 722 del libro)

Antonia D. de V., 27 aos, casadña.

Diagnóstico — Pio-salpinx doble, pelviperitonitis; adherencias muy extensas con intestino y epiplón.

Intervención : 17-XI-913.

Laparotomía mediana inferior; histerectomía sub-total, drenaje a lo Mickulicz.

Después de operada, la enferma tiene vómitos oscuros, tímpanismo, dispnea, dolores en el vientre que se acentúa hasta que fallece (19-XI-913).

OBSERVACION III (Nº 1.373 del libro)

María B.

Diagnóstico — Hidro-salpinx doble, adherente, en el lado derecho más grande y torcido en varias vueltas. Apendicitis crónica.

Intervención : 4-I-915.

Laparotomía mediana inferior. Salpingectomía doble. Apendicectomía. Se deja drenaje.

Al segundo día se saca el drenaje y sale gran cantidad de pus fétido ; se pone un tubo. No hay fiebre ni vómitos. Timpanismo excesivo.

7-I-915 : Fallece con fenómenos de peritonitis purulenta.

OBSERVACION IV (Nº 493 del libro)

Carolina S. de A., 27 años, casada.

Diagnóstico — Anexitis supurada ; absceso de la fosa ilíaca derecha ; *peritonitis tuberculosa*.

Intervención : 30-V-913.

Laparotomía mediana inferior. Se hace una histerectomía sub-total. Drenaje con gasa, del absceso ilíaco.

Se le hace adrenalina, suero.

Tiene vómitos, taquicardia, sudores, etc.

Fallece : 1-VI-913.

Necropsia : Lesiones de peritonitis purulenta generalizada.

OBSERVACION V (Nº 1.577 del libro)

Amalia M., 25 años, soltera.

Diagnóstico — Pelvipерitonitis supurada. Oóforo-salpingitis supurada doble.

Intervención: 14-V-915.

Laparotomía mediana inferior; histerectomía sub-total.

La S ilíaca se encuentra pegada a la cara superior y anterior del útero y parte de la vejiga. Al desprenderse sale gran cantidad de pus fétido amarillo verdoso.

Se entra por el lado derecho, hay un absceso de ovario y pio-salpingitis izquierda. No se peritoniza, se cierra con amplio drenaje de 3 gasas.

Fallece: 18-V-915.

Necropsia: peritonitis generalizada purulenta; hígado de 1.000 gramos; degeneración grasa.

OBSERVACION VI (Nº 2.193 del libro)

Modesta S. de P., 31 años, española, casada.

En 6-IX-915 fué operada, haciéndosele una oóforo-salpingectomía izquierda y una ignipuntura del ovario derecho.

En 16-IV-916 ingresa al Servicio con fístula enterocutánea post-operatoria y quiste del ovario derecho.

Intervención : 19-IV-916.

Resección del trayecto fistuloso, cierre del orificio intestinal. Oóforo-salpingectomía derecha drenaje.

Fallece : 23-IV-916.

Necropsia : lesiones de peritonitis generalizada.

OBSERVACION VII (Nº 1.086 del libro)

Natividad R. de J., 43 años, casada.

Diagnóstico -- Ooforo-salpingitis supurada doble.

Intervención : 26-VII-914.

Laparotomía mediana inferior. Histerectomía sub-total ; drenaje a lo Mickolicz.

Operación sumamente laboriosa por las adherencias fuertes con el intestino y las paredes pelvianas.

Más de 2 horas 30' de anestesia clorofórmica.

Fallece : 30-VII-915.

Autopsia : peritoneo, suturas y ligaduras en perfecto estado. Únicamente se nota un hígado pequeño, friable y de marcada coloración amarillenta.

OBSERVACION VIII (Nº 1.953 del libro)

Isidra S. de B., 22 años, argentina, casada.

Diagnóstico --- Salpingo-ovaritis supurada doble, epiploitis.

Intervención : 13-XII-915.

Laparotomía mediana inferior. Histerectomía sub-total.

Al desprender el anexo izquierdo, se desgarró, derramándose un poco de pus cremoso, verde amarillento. Drenaje con gasa.

Tuvo algunos vómitos, pulso débil, 155 por minuto, dispnea, sudores, insomnio. Fallece : 14-XII.

Necropsia : Peritoneo sano, pulmones íd., hígado pequeño, con degeneración grasa, litiasis biliar, nefritis, miocarditis aguda, endocarditis.

OBSERVACION IX (Nº 500 del libro

Corina M. de P., 47 años, viuda.

Diagnóstico — Salpingitis quística bilateral, ovaritis quística del lado derecho. Pólipo del cuello, hemorragífero.

Intervención : 11-VI-913.

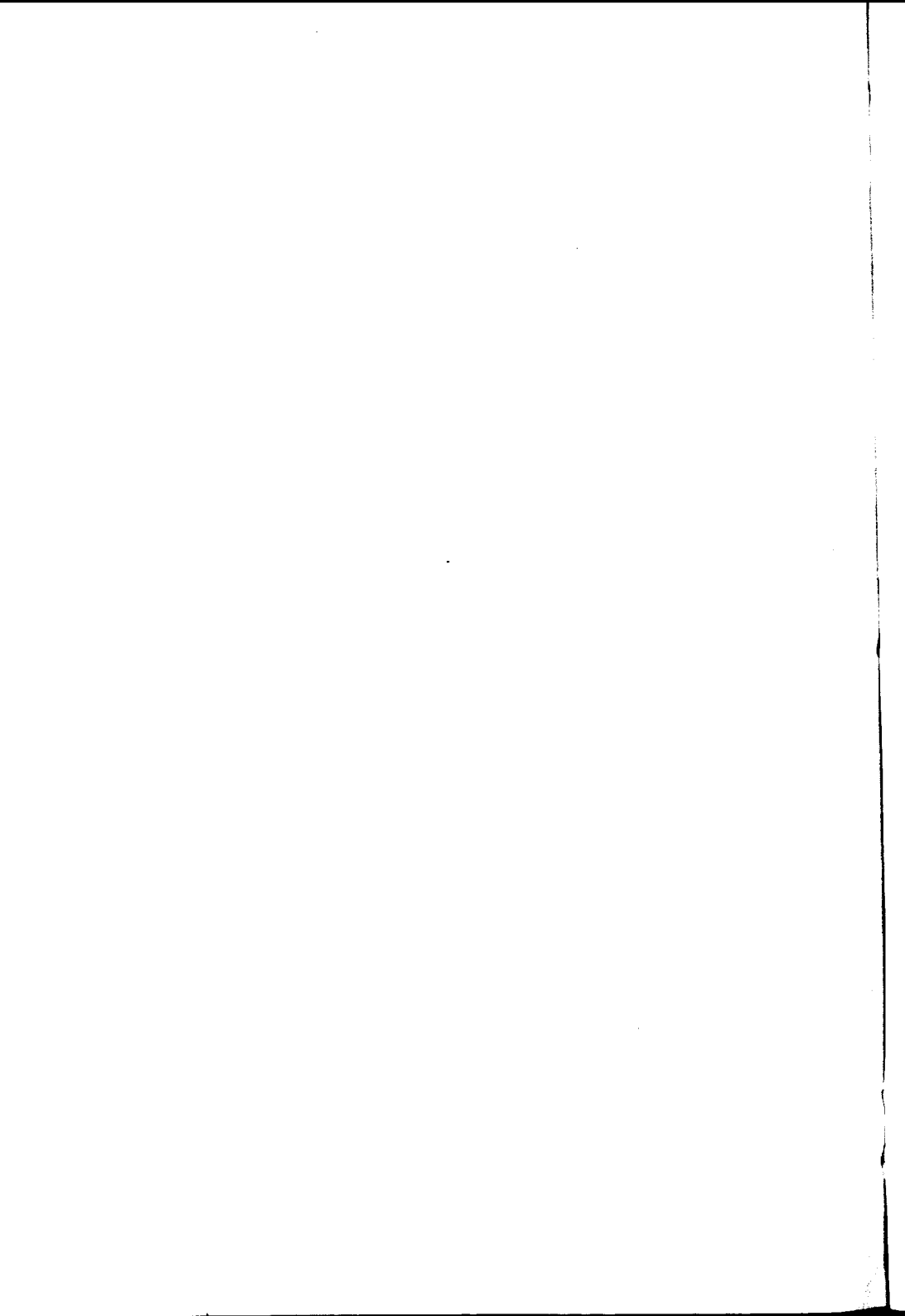
Extirpación del pólipo, raspado.

Laparotomía mediana inferior. Oóforo-salpingectomía derecha y salpingectomía izquierda.

18-VI : Por la mañana a las 6, se queja de angustia y sensación de muerte ; hay fatiga, palidez, y antes que pueda hacerse nada fallece.

Necropsia : No revela más que ligera congestión de las bases pulmonares. En la cava y en las arterias pulmonares hay coágulos cruóricos no adherentes (a las 6 horas de la muerte).

Pedro A. Zerillo.



Buenos Aires, Junio 2 de 1916.

Nómbrase al señor Consejero doctor José F. Molinari, al profesor titular doctor Lucio Duraño-
na y al profesor suplente doctor Carlos R. Cirio,
para que, constituidos en comisión revisora, dicta-
minen respecto de la admisibilidad de la presente
tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza
sobre exámenes.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Junio 15 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la
aceptación de la presente tesis, según consta en el
acta núm. 3139 del libro respectivo, entréguese al
interesado para su impresión, de acuerdo con la
Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Profilaxia de las afecciones anexiales

José F. Molinari.

II

Indicaciones de la histerectomía en el tratamiento de las anexitis.

Lucio Durañona.

III

El examen de la sangre y las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de las anexitis.

C. R. Cirio.

30563

15

15

15



