



N.º 2979

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

TUBERCULOSIS ÚTERO ANEXIAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TESEO RAGUSIN

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Italiano (1913—1914 y 1915)



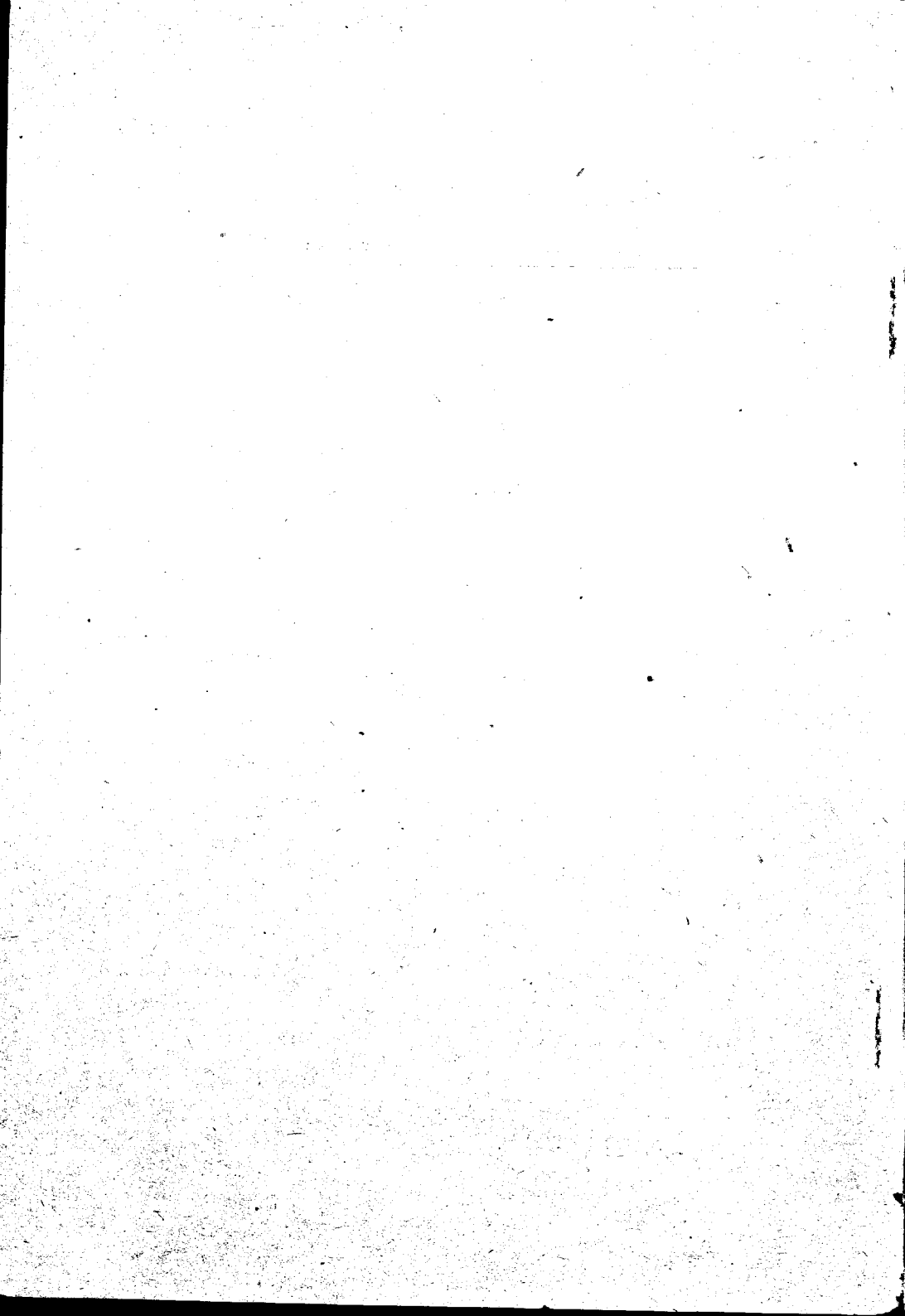
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

Min. G. 49.6



CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
TUBERCULOSIS ÚTERO ANEXIAL



Año 1915

N.º 2979

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
TUBERCULOSIS ÚTERO ANEXIAL

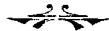
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TESEO RAGUSIN

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Italiano (1911--1914 y 1915)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 845

1915

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSE PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISICO 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 MALURAN
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

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHÃES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

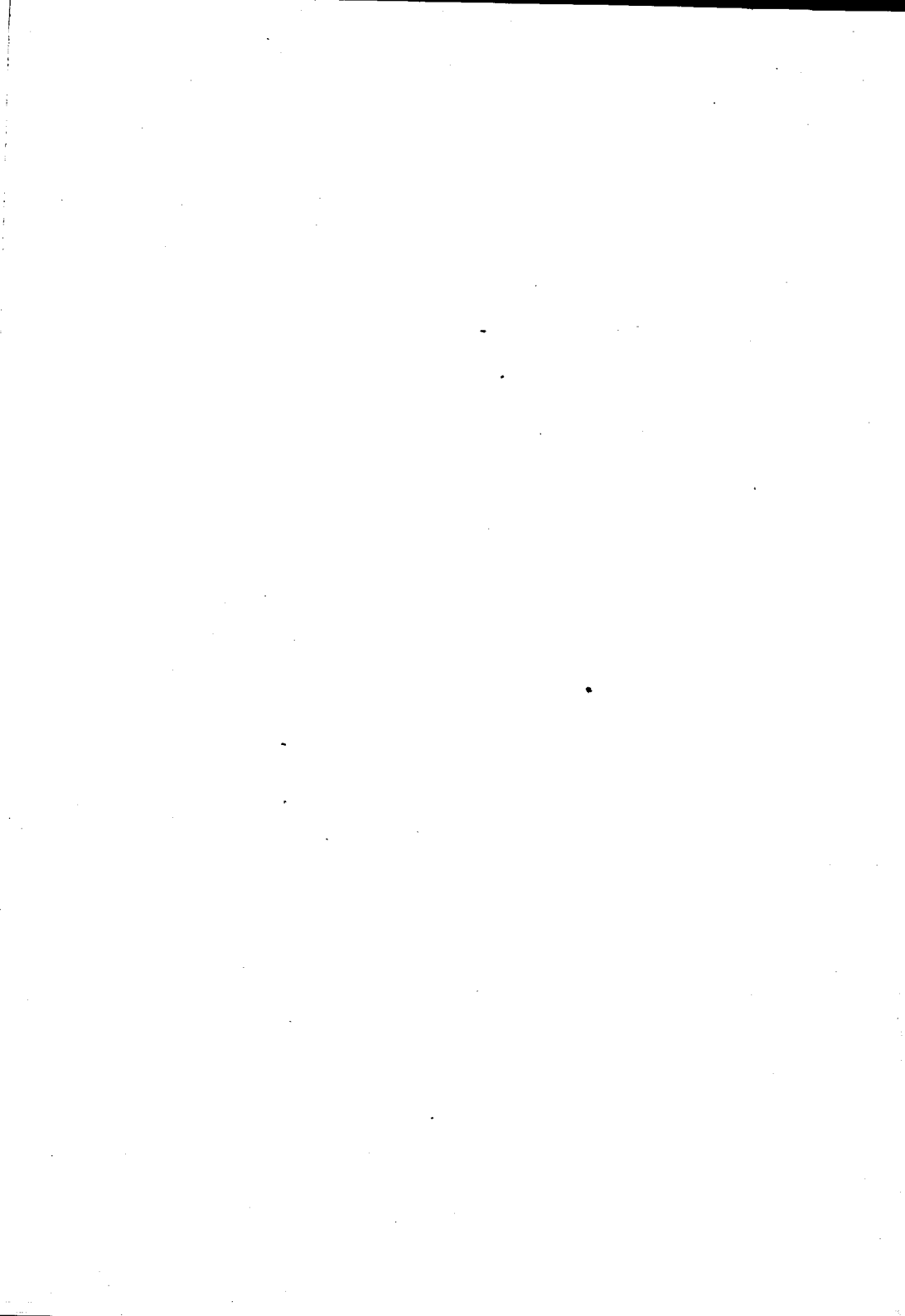
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » 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. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

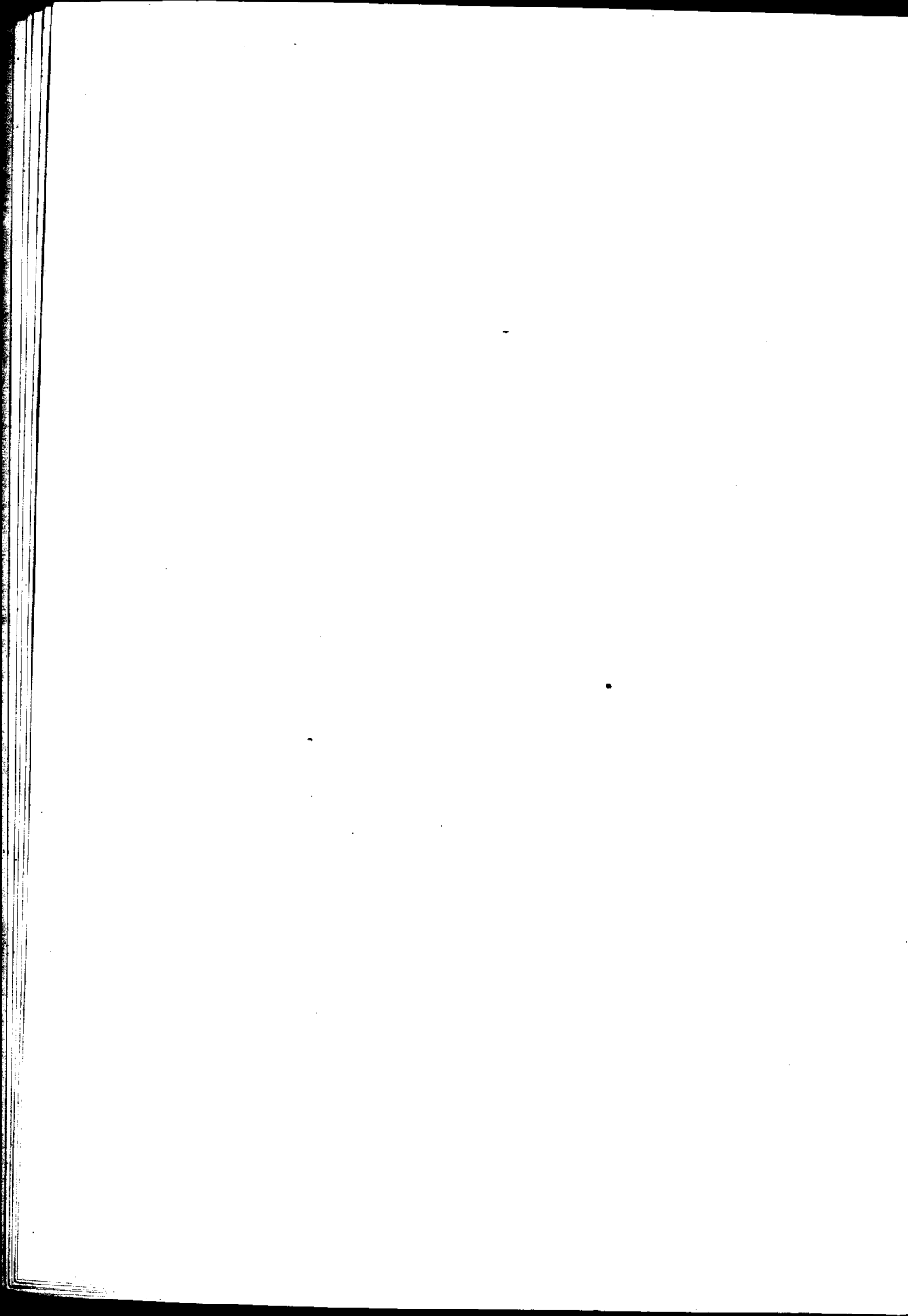
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
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.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDENMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Neurológica.....	» MARCELO T. VIÑAS
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Obstétrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Pediátrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. GAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

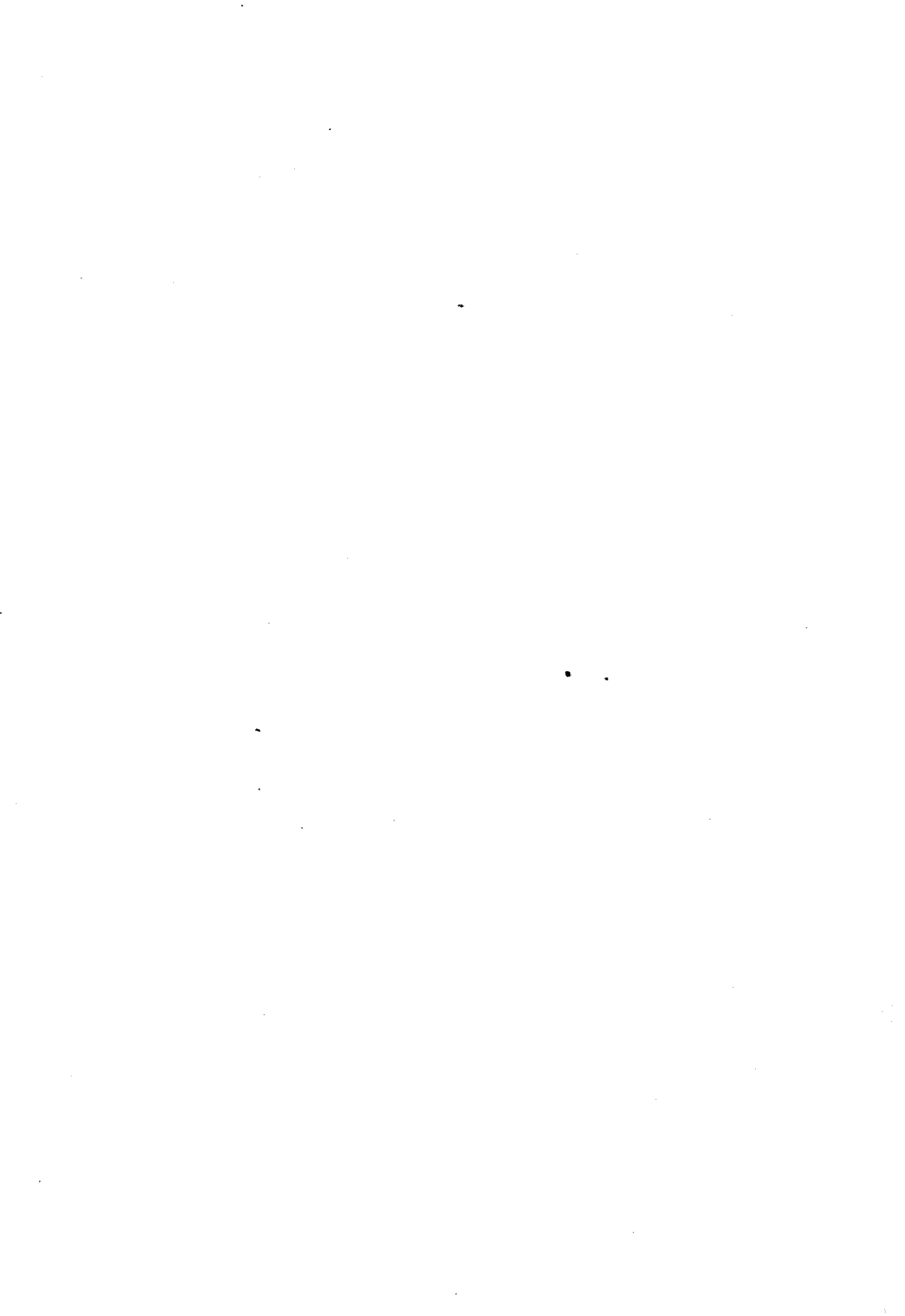
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLERMO SERBER
Histología	" JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva	" EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Bacteriología	" ALOIS BACHMANN
Higiene médica	" FELIPE JUSTO
Semfología	" MANUEL V. CARBONELL
Anatomía patológica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia médica y terapéutica	" JOAQUIN LLAMBLAS
Medicina operatoria	" JOSE MORGNO
Patología externa	" ENRIQUE PINOCCHETTO
Clinica dermato-sifilográfica	" CARLOS ROBERTSON
" génito-urinaria	" FRANCISCO L. CASTRO
" epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALISA
Clinica oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" oto-rino-laringológica	" JOAQUIN NIN POSADAS
" quirúrgica	" FERNANDO R. TORRES
Clinica médica	" PEDRO LABAQUI
" pediátrica	" LEONIDAS JORGE PACIO
" ginecológica	" PABLO M. BARRIARO
" obstétrica	" ENRIQUE B. DEMARÍA
Medicina legal	" ADOLEO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELIANO HERBERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" JOSÉ ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUPRO
	" JUAN JOSÉ VIZÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BELLEICHI
	" IGNACIO JAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DENTÉPANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTI
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JAYME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS U. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO FREAGTA RAMOS
	" FAUSTINO L. TRONCÉ
	" JUAN B. RONÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" JOAQUIN V. GRECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO POLESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

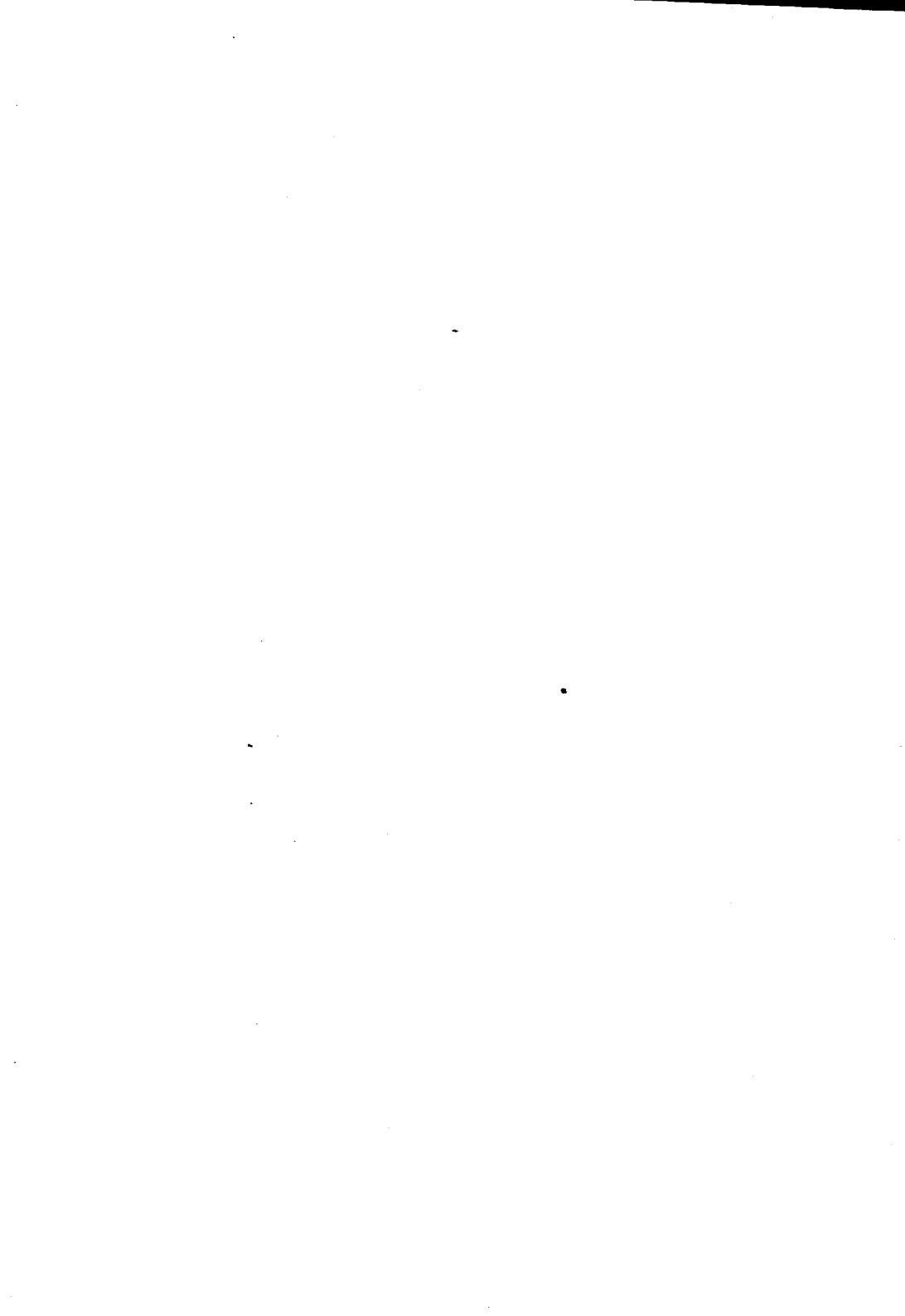
Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Pctánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... Vacante

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... Vacante

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Clínica Obstétrica..... DR. J. C. LLAMES MASSINI
(encargado del curso del 1.er año)

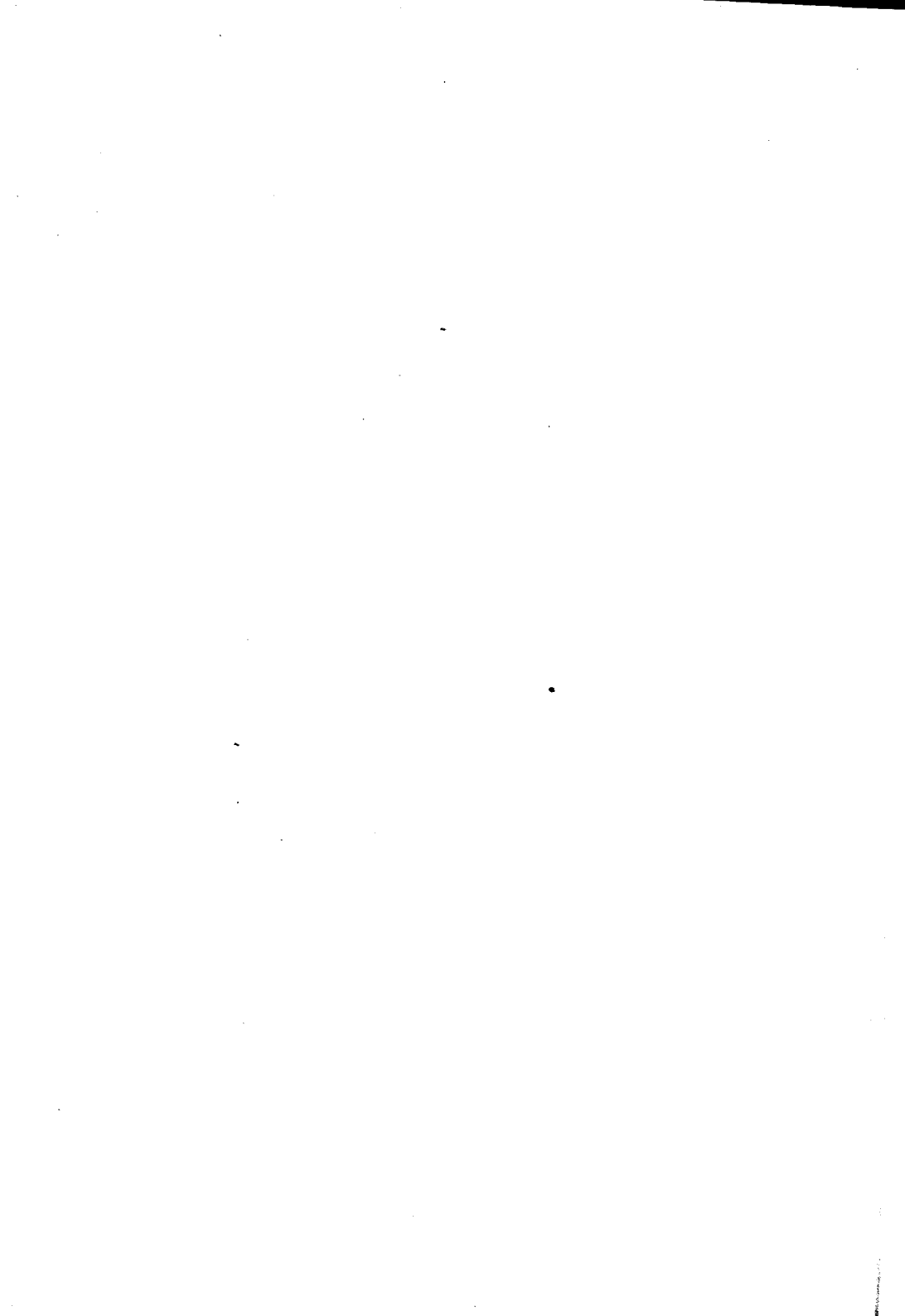
» » » UBALDO FERNANDEZ
(encargado del curso de Puericultura)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR SALVADOR MARINO

Cirujano del Hospital Italiano

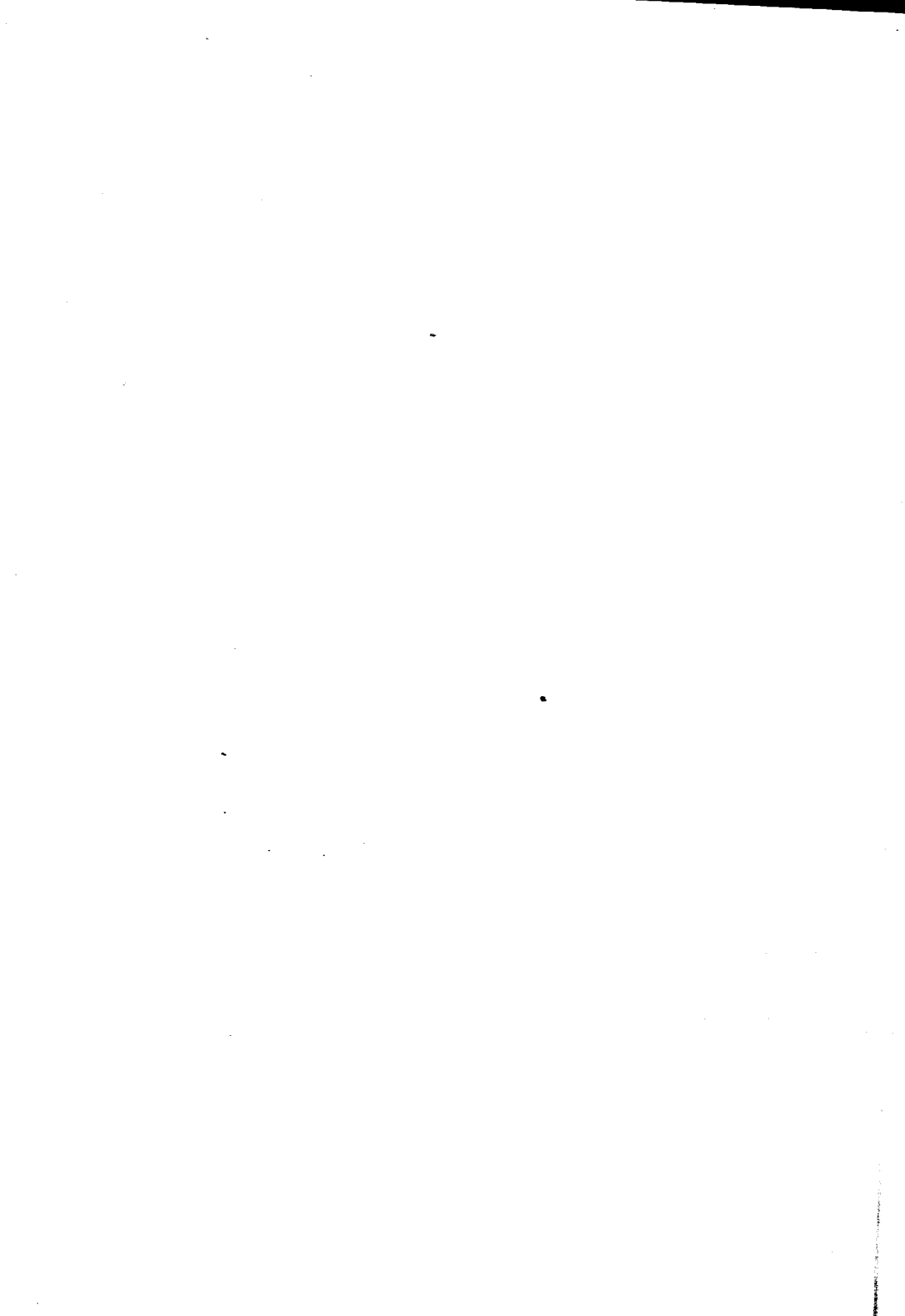


A MIS PADRES

GRATITUD



A MI HERMANO Dr. NEOCLE RAGUSIN

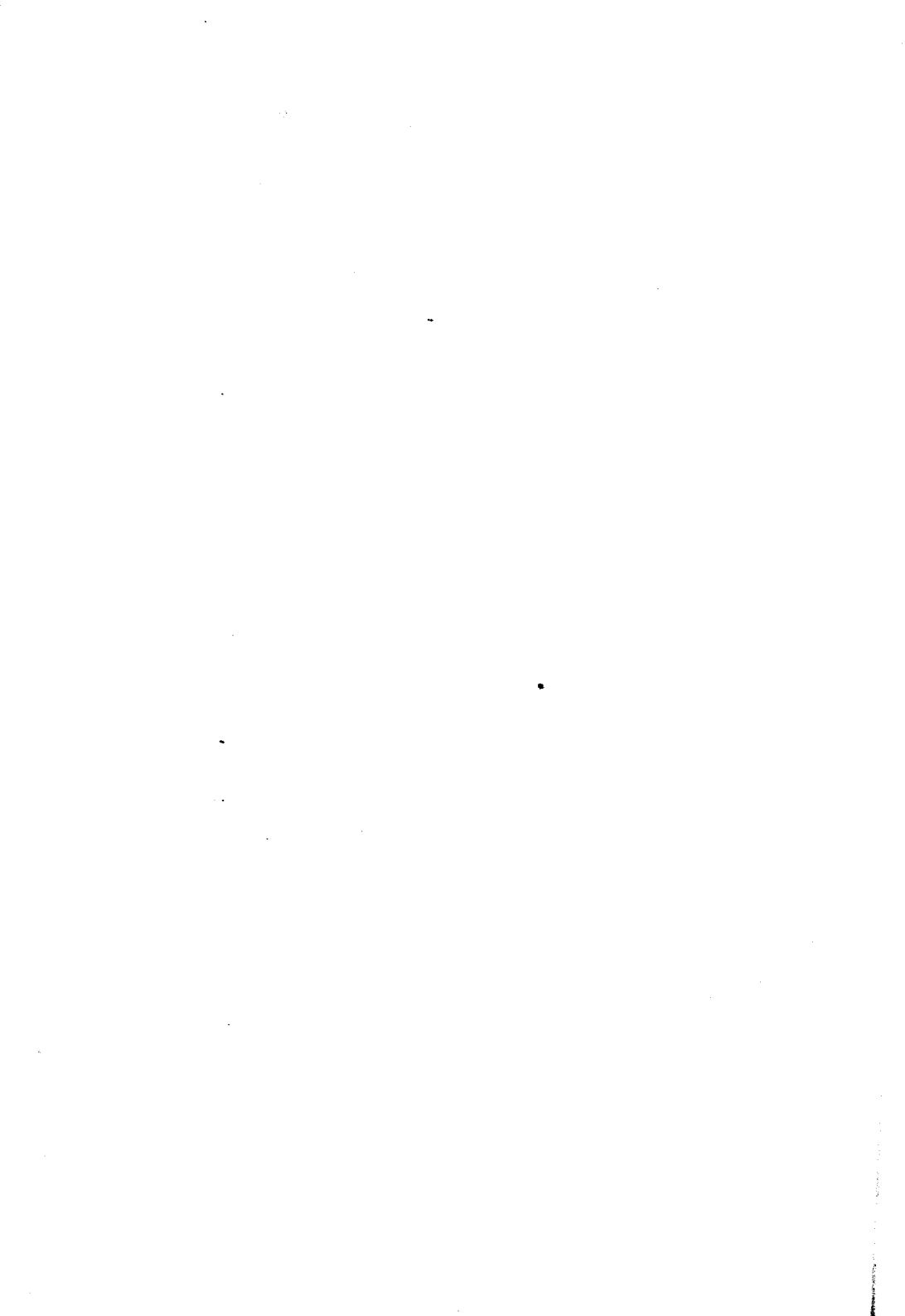


A MIS HERMANAS

YOCASTÁ ESTER y ETELEVA



A LOS MIOS



INTRODUCCIÓN

Hoy que mi vida de estudiante ha tocado á su fin; hoy, al abandonar las aulas universitarias donde tantas veces la ciencia ha descornado ante mí su velo misterioso, por mano de esos múltiples y bravos Profesores que han sabido con sus sabias lecciones llevar á mi espíritu hacia la luz del saber, presento á vuestra distinguida consideración este humilde trabajo, complemento reglamentario de mis experiencias y estudios realizados.

El desarrollo del tema elegido no tiene por fin traer nada nuevo á los muchos trabajos y estudios que se han hecho al respecto, pero sí aportar al campo de los conocimientos, cual pequeño grano de arena, una serie de observaciones que, con mi estudio y especialización constante, he podido llevar á cabo junto al lecho del enfermo, en mi vida de internado.

Que éste sea, pues, aceptado con la indulgencia que se debe á la escasa experiencia y madurez en el estudio del alumno recién egresado, y vaya con él la expresión de mi más profunda veneración y gratitud hacia el número de mis distinguidos profesores, que me han enseñado y dirigido en la carrera á cuya meta he llegado felizmente.

Cábeme la honra de agradecer especialmente al Dr. Salvador Marino, á quien debo mucho de mis conocimientos adquiridos, y quien tan dignamente me acompaña en estos momentos como padrino de tesis.

Mi agradecimiento á los jefes del servicio de cirugía y clínica médica, doctores Luis Lenzi y Francisco Grapiolo, por las sabias enseñanzas obtenidas á su lado.

A los doctores Antonio Capurro, Raúl Pini, Eugenio Galli y José Caligiuri, á quienes mucho debo por sus enseñanzas y la amistad dispensada, mi sincero agradecimiento.

Al Dr. Carlos Rosasco, el distinguido recuerdo que le tributa la gratitud del que ha encontrado junto al consejero, al amigo.

A mi primo Ciro Udina, recuerdo cariñoso.

A todos mis compañeros, como también á todos aquellos que hayan contribuido para el fin de mis conocimientos, mi sincera amistad.

Y ahora que he terminado, luces ignotas veo lu-

cir en el obscuro horizonte, donde debo desenvolver mis actividades adquiridas. Allí iré, y en medio de los sinsabores de la lucha diaria y con la noble misión de aliviar á los seres que sufren, me alentará el recuerdo de los buenos profesores y compañeros que han compartido conmigo horas de sana alegría y franca amistad.



HISTORIA

Unas de las enfermedades que mayores estragos causa á la humanidad, es sin duda alguna, la tuberculosis, que desde tiempos muy remotos es conocida. Hipócrates, en el año 460 antes de nuestra era, habla del *tuberculum*; Aretéo y Galeno, siguiendo los estudios ya comenzados, describen algunos síntomas de ella.

En la Edad Media los conocimientos no avanzan mayormente, pues la ciencia se encontraba encerrada en los claustros y el ejercicio de la medicina era un verdadero sacerdocio y por ende sacerdotes los que la ejercían.

En la Edad Moderna son innumerables los trabajadores que contribuyen al conocimiento de tan terrible enfermedad; es un deber aquí mencionar á Sylvius, que en el siglo XVII hace un estudio macroscópico del tubérculo; á Bayle, que ensaya una

nueva clasificación de la tuberculosis desde el punto de vista clínico; á Laënnec, que hace estudios clínicos tan profundos y bien encaminados, perdurando hoy muchas de sus geniales observaciones; y más recientemente Reinhardt, Cornil y Babés; Virchow con sus notables trabajos patológicos; Willemin, que comprueba la transmisión de la enfermedad á los cobayos; Grancher, Kostër, Friendländer, etc.

A pesar de tan geniales observaciones, el causante de esta enfermedad quedaba incógnito; y es recién en el año 1882 que Koch anuncia á la Academia de Medicina de Berlín, que en procesos pulmonares tuberculosos había aislado y cultivado un bacilo, que respondía en un todo á sus famosos postulados, recibiendo dicho germen desde ese momento el merecido nombre de *Bacilo de Koch*.

Los trabajos aumentan día á día, los observadores se multiplican, las concepciones y teorías se transforman y modernizan, todo esto para luchar con ventaja contra tan devastadora enfermedad.

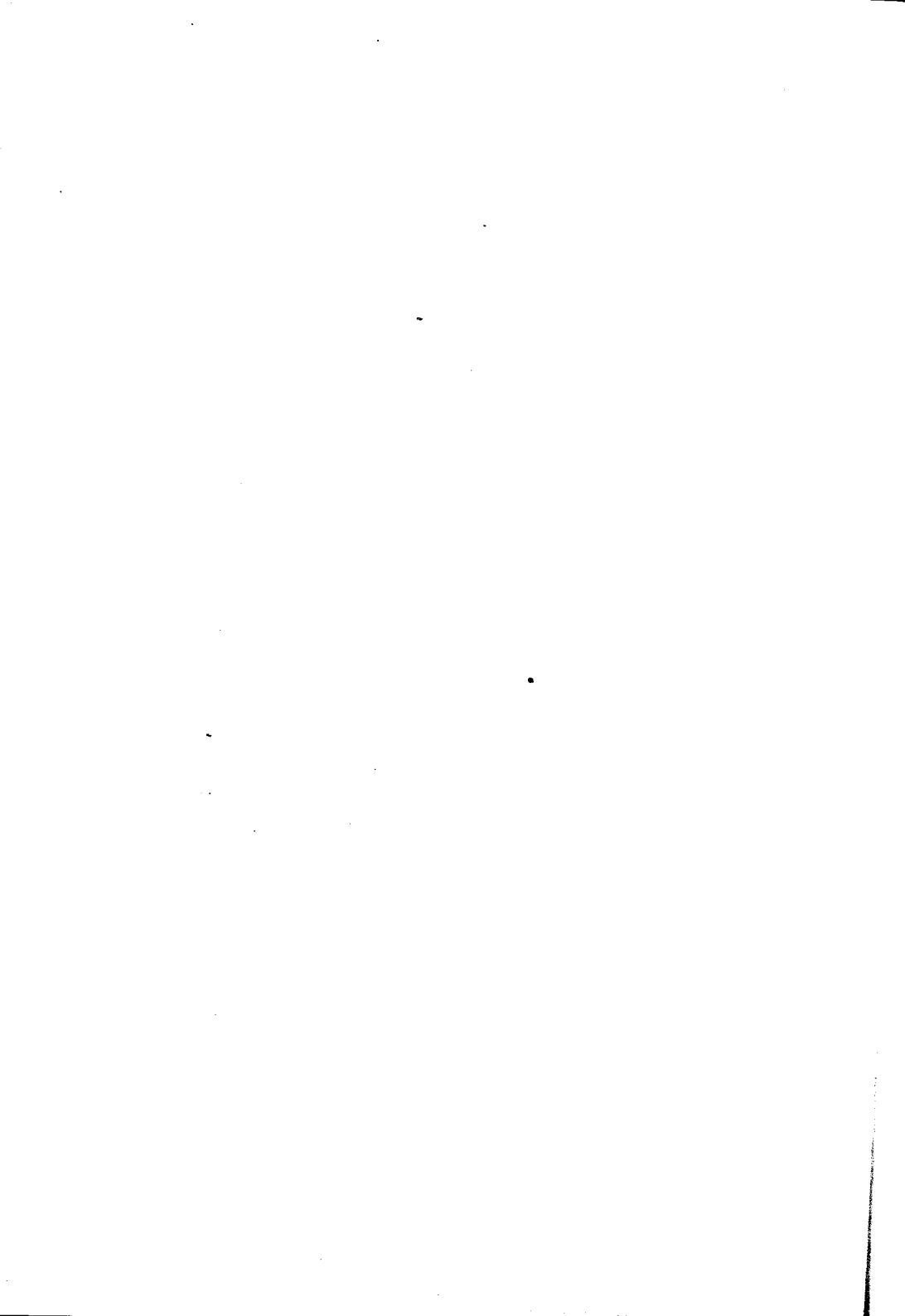
Tanto en lo que se refiere á la tuberculosis en general como á la de sus localizaciones, sean éstas frecuentes ó raras, diariamente tenemos nosotros modalidades que han escapado á la sagacidad de muchos investigadores; y es una de estas localizaciones, aun cuando no rara, poca conocida, la que me propongo desarrollar en la presente tesis.

Las publicaciones al respecto son raras; Morga-

gni, en 1774, describe haber encontrado tubérculos en las trompas de una mujer muerta de peritonitis tuberculosa; más tarde cita en sus múltiples trabajos, dos casos de anexitis tuberculosa y siguen á éstas las publicaciones de Cruveillier, Aran, etc., etc.

Es á Brouardel que sin duda alguna le corresponde el honor de haber hecho una descripción bastante completa de esta afección acompañada de estudios anátomo-patológicos.

Hegar y Babés, en el año 1883 descubren simultáneamente el bacilo de Koch en varios casos de salpingo-ovaritis, con lo cual se venía á demostrar hasta la evidencia, la especificidad de la lesión y á crear un nuevo tipo de localización rara del bacilo tuberculoso, la que día á día se hace más frecuente á nuestra observación, permitiendonos clasificarla con bastante precisión.



ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

No creo que exista un límite en la edad de las personas para ser respetadas por esta modalidad de la tuberculosis, pues existen casos, como aquel de Contensoux, en una niña de un año; Tordons, en una niña de tres años, etc.; como, por el contrario, aquel caso de anexitis tuberculosa de una anciana de ochenta y cuatro años, la que fué constatada en su autopsia.

Estos casos precoces y tardíos creo que son los menos frecuentes, siendo entre los diez y treinta años la edad predilecta para atacar á los órganos genitales en núbiles y casadas, justamente en ese período de la vida en que por causas fisiológicas se hallan profundamente alterados por la congestión menstrual.

También podemos decir que la tuberculosis útero-anexial en las núbiles es en gran mayoría secun-

daria y descendente, sucediendo que en las casadas las infecciones secundarias ocupan igualmente el primer puesto; pero es frecuente el número de las infecciones primitivas y ascendentes á causa de la copulación y sus consecuencias, de lo que más adelante me ocuparé.

El bacilo de Koch penetra en nuestro organismo por muy distintas vías: el aire, los alimentos, la piel, la mucosa vaginal; siendo lo que Amann llamaba *tuberculosis de inoculación*, *tuberculosis de alimentación*, *tuberculosis de inhalación* y *tuberculosis de copulación*.

Una vez que ha penetrado el bacilo en el organismo humano por cualquiera de las vías enunciadas anteriormente, con localización previa ó sin ella, elige ya sea la vía sanguínea ó la linfática para llegar á producir á distancia lesiones propias de él.

En particular para la producción de la tuberculosis útero-anexial pueden utilizar la vía sanguínea, la linfática ó también las denominadas vías ascendentes ó descendentes.

Vía sanguínea.—La vía principal de entrada para la tuberculización de los anexos, es la sangre por ser abundantemente irrigados estos órganos y por tener arterias terminales como las ováricas, que van á echarse en el foliculo de Graaf, lugar donde la anatomía patológica descubre el comienzo de la tuberculosis ovárica.

También debemos incriminar á las metástasis por vía sanguínea, como otra de las causas productoras de la tuberculosis útero-anexial y corroboraría á esto la tuberculización fetal en los casos de placenta tuberculosa.

Schottlander ha llegado á producir la tuberculosis anexial experimental, inyectando directamente en la arteria ovárica bacilos de Koch, sirviendo esto para demostrar que: cuando la lesión comienza por el ovario sin peritonitis anterior, la infección se ha efectuado por vía sanguínea.

Si aún nos quedara sobre la vehiculización del bacilo de Koch por la sangre alguna duda, podemos recurrir á las indelebles lesiones anátomo-patológicas de la túnica interna de las arterias útero-anexiales para corroborar esta aseveración.

Ahora bien: cuando la infección se efectúa directamente del mundo exterior al torrente circulatorio, siendo éstos los casos más raros, tendremos lo que se llama *infección primitiva*, que es probablemente la causante de esas formas latentes á desarrollo lento é insidioso que pasan casi inadvertidas por un espacio de tiempo más ó menos largo.

Se llama *infección secundaria* aquella que se produce á continuación del vaciamiento en un vaso sanguíneo, de un antiguo foco pulmonar, óseo, ganglionar, etc., produciendo las diversas formas clínicas de la tuberculosis: ya sea la septicémica, en la

cual el enfermo muere por una verdadera intoxicación; la granúlica, en la cual se forma una cantidad más ó menos grande de granulaciones grises, las que invaden casi todos los órganos; y, por último, nos puede dar las diversas localizaciones, en la forma de infección atenuada, tal como la útero-anexial que tiene modalidades y caracteres tan distintos, que se presenta como una afección aguda, subaguda ó crónica; á veces febril, subfebril ó apirética, quedando localizada ó dando metástasis de vecindad, siendo en fin poco ruidosa su manera de declararse y que en la mayoría de los casos pasa largo tiempo hasta que la paciente llegue á nuestra observación.

Vía linfática.—Antes de ocuparme del modo cómo se efectúa la infección por esta vía, haré una descripción somera de la red linfática de los órganos femeninos, para llegar á comprender mejor la infección por esta vía y sus relaciones de vecindad.

La vagina presenta dos redes linfáticas: una que nace en la capa muscular y otra en la capa mucosa, para echarse ambas en los ganglios del cuello del útero y de éstos á los de la ingle, los que á su vez son tributarios de los ganglios iliacos.

El útero igualmente posee dos redes linfáticas: una perteneciente al cuerpo y otra al cuello, las que se anastomosan entre sí, y de ésta, los vasos del cuello van á echarse en los ganglios iliacos y los del cuerpo, siguiendo todo el trayecto del ligamento ancho,

recogen á su paso los linfáticos de la trompa para ir á morir así reunidos en los ganglios lumbarés.

Clado, en el año 1892 hizo un trabajo sobre la frecuente asociación de la apendicitis con la anexitis tuberculosa, y pensaba que la transmisión se efectuaría por la vía linfática. Cornil, en su tratado de Anatomía Patológica hace notar la rareza de la apendicitis primitiva tuberculosa, y opina, en consecuencia, la casi imposibilidad de su transmisión á los anexos. En nuestros casos, por el contrario, ambas lesiones coexistían siendo siempre de menor importancia la del apéndice.

La tuberculosis intestinal se propagaría á los anexos siguiendo el camino de los ganglios mesentéricos, y esta forma de tuberculización estaría representada, según Lubarche, con un porcentaje de un 4 por 100.

Igualmente la infección puede hacerse directamente del mundo exterior á los linfáticos que van directamente á estos órganos ó también infecciones ganglionares á distancia; pueden llegar á producir la tuberculización anexial.

Via ascendente, es decir, via vaginal.—Esta es una de las vías por donde puede penetrar el bacilo de Koch á los órganos genitales, á la cual se debe un buen porcentaje de las afecciones útero-anexiales. La forma cómo puede efectuarse esta infección, es muy variada.

El coito efectuado por personas tuberculosas, como lo dice Hegar, es fácil comprender que sirva para la transmisión de esta enfermedad á los órganos genitales de la mujer, por más que no podamos apoyarnos sobre bases ciertas para su acabada comprobación.

Si el hombre sufre de afección tuberculosa de sus órganos genitales, ya sea externa (lupus) ó ya sea interna (epididimitis, orquitis, etc.), puede depositar bacilos de Koch en la vagina, ya sea directamente en el primer caso, ó ya sea por el esperma en el segundo, y en ambos casos, una vez efectuados éstos, el bacilo de Koch puede marchar por *via ascendente*; ya sea á favor de una erosión ó ya sea directamente, para instalarse de un modo definitivo en el útero ó en la trompa.

En una mujer con tuberculosis intestinal, en la cual, debido á una causa cualquiera, quedan depositados gérmenes en el periné, al efectuarse el coito puede llegar á efectuarse la infección (Veit).

La tuberculosis intestinal ó las fistulas recto-vaginales de origen tuberculoso, pueden ser causantes de esta afección, ya sea directamente por maniobras intempestivas, ya sea por el grataje en las que sufren de prurito vulvar, ó directamente por el trayecto fistuloso.

La masturbación efectuada con dedos infectados, especialmente en las núbiles, puede ser el origen de

una tuberculosis anexial, como así también los dedos del médico que al efectuar el tacto están infectados por causas imprevistas.

La falta de higiene en los instrumentos necesarios para la toilette de la vagina, puede ser el origen de una afección tuberculosa útero-anexial.

Hay quien sostiene que el lupus de la vagina es una causa de contagio; esto sería cierto si esta afección se encontrara con alguna frecuencia, pero Amann, en el Congreso de Roma de 1902, sostenía que eran rarísimos los casos de úlceras tuberculosas primitivas ó lúpicas de la vagina, no pudiendo asegurar que llegaban á cinco los casos debidamente comprobados; sin embargo, pueden ser excepcionalmente la causa de la infección.

Experimentalmente Hegar ha podido obtener la tuberculosis anexial en las cobayas, colocando en la vagina bacilos de Koch provenientes de un cultivo, siendo la infección de sus órganos tanto más extensa, cuanto más virulentos eran éstos; llegando en algunos casos ha producir la muerte en breve plazo por generalización de la tuberculosis.

En todas estas formas de infección, por vía ascendente, el bacilo llega á localizarse, ya sea directamente mediante una serie de coincidencias que lo llevan al útero ó á las trompas su punto terminal, ya sea á favor de la red linfática que como sabemos

se comunica tan ampliamente entre sí, en todo el aparato genital de la mujer.

Esta vía de infección, es decir, la ascendente es la que da mayor porcentaje de infecciones primitivas y al clasificarlas con este nombre, hay que tener en cuenta, que es tan primitiva una lesión que comienza por el útero y se propaga á los anexos, como aquella que ha comenzado en en la trompa quedando indemne el útero.

Vía descendente ó sea vía peritoneal—La tuberculosis peritoneal puede transmitirse á los anexos; ya sea por vía sanguínea, por la linfática, la mucosa y especialmente por la *vía de contigüedad*. De la vía sanguínea y linfática ya me he ocupado anteriormente; de la mucosa, es decir, la infección directa de la trompa por la simple entrada del bacilo de Koch á través de su abertura peritoneal, parece ser rara y aun discutible. Todo al contrario pasa con la *vía de contigüedad*, la cual goza de la opinión unánime de ser el medio predilecto de la infección tuberculosa útero anexial, la que nos da indudablemente un porcentaje superior al de las demás vías.

Esta contigüedad es sin duda una vía indiscutible que sigue el bacilo de Koch en su pasaje á través del peritoneo para llegar á los anexos, contigüedad probada para otras afecciones y más aún

para la misma tuberculosis localizada en otras partes de nuestro organismo.

Mas aun, las adherencias que se forman en las tuberculosis intestinales, como así mismo las que en mayor cantidad se forman en las peritonitis y pelvi-peritonitis tuberculosas; son vías que facilitan enormemente esta traslación del bacilo de Koch hacia los anexos; teniendo á más en cuenta que hasta cierto punto las inflamaciones crónicas por afecciones anteriores de estos órganos, vienen á ser por contigüidad, focos de atracción del bacilo.

Hay quien cree que el peritoneo no permite tan fácilmente pasar á los bacilos á través de él, á causa de su poder quimiotáxico negativo demostrado por los trabajos de Auché y Hobbs, y únicamente en los casos en que esta serosa se encuentre muy alterada el pasaje sería posible.

Sea lo que fuere, lo que hoy está probado es la frecuente asociación de ambas lesiones bacilares, siendo probable que en muchos casos permanezcan ignorados hasta la necropsia; y esto porque la sintomatología peritoneal enmascara á los síntomas peritoneo-anexiales ó por lo menos los atenúa hasta pasar desapercibido; y si acaso llegan á notarse no se les da toda la importancia que ellos tienen, puesto que la atención es atraída por la gran sintomatología peritoneal.

Esto es cuanto se refiere al camino que puede

seguir el bacilo de Koch para llegar á localizarse en los órganos genitales de la mujer; pasando á ocuparme de las causas y predisposiciones que hacen á ésta, más-ó menos receptiva á dicha enfermedad.

Estas causas son múltiples, pudiendo algunas en común referirse á la tuberculosis en general y otras particulares para esta localización.

La heredo tuberculosis es hoy por hoy un hecho muy discutido por más que se han encontrado bacilos de Koch en la placenta, y que se han citado casos de niños muertos en sus primeros días de vida, en los que al efectuar la autopsia, se encontraron bacilos en el hígado y en la vena umbilical, sin embargo, gran número de autores, creen que no se hereda la enfermedad, sino una receptividad muy marcada á la que denominan *heredo-predisposición tuberculosa*.

Estos heredos predispuestos se encontrarían en condiciones tales que siempre que pudiese alcanzarlo el bacilo de Koch no encontrarían lucha de defensa contra él, por el contrario hallaría al parecer un terreno fértil donde germinar y de aquí localizarse ó diseminarse.

Esta falta de lucha no se sabe si debe atribuirse; á una exageración de la virulencia por encontrarse en un terreno, el que siquiera á la distancia ha sufrido la acción de las toxinas tuberculosas; ó simplemente

á causa de una falta de vitalidad defensiva del organismo que como en el caso anterior, debe esta falta de vitalidad á la intoxicación del organismo fetal durante su permanencia en el claustro materno.

La *heredo-distrofia tuberculosa*, nos da el tipo caracterizado, por su debilidad congénita, la asimilación defectuosa, la desasimilación exagerada; la clorosis que algunos autores le han denominado *para-tuberculosis* porque entre ambas afecciones según ellos no hay más que un paso; y por último la detención en el desarrollo y las malformaciones congénitas.

La predisposición para la tuberculosis es marcadamente influenciada por las condiciones climatológicas; pero sin duda alguna el estudio de las influencias del clima, tiene muchísima más importancia para la predisposición á la tuberculosis en general que en nuestro caso en especial, por consiguiente pasaré por alto este tema por pertenecer en un todo á la clínica general.

Existen numerosas enfermedades que favorecen á la tuberculización en general y algunas en especial á la infección de los órganos genitales y es á estas enfermedades á las cuales Barbier las denominaba *tisógenas*, siendo las más importantes para nuestro objeto las siguientes:

El alcoholismo afección en la que el bebedor es su primer víctima, dando facilidades de paso debi-

do á su debilitamiento orgánico, á toda clase de infecciones en especial á la tuberculosis y por ende tratándose de mujeres facilitaría la localización útero-anexial del bacilo de Koch.

Los tumores ya sean del útero ó de los anexos, como también los quistes pueden favorecer el desarrollo de la tuberculosis *útero-anexial* produciendo una comunicación directa ó adherencias íntimas entre el peritóneo previamente enfermo y dichos órganos.

El pio-salping, las pelvi-peritonitis, las metritis y en general todas las enfermedades inflamatorias, facilitan la entrada ó localización del bacilo de Koch por la producción de un lugar de menor resistencia y por consiguiente el punto inicial de una lesión tuberculosa.

La tuberculosis útero-anexial puede aunque raramente acompañarse con otras afecciones y en especial con tumores, existiendo el caso interesantísimo de Glokner; un cáncer de cuello de útero que iba acompañado de una lesión tuberculosa comprobada en el laboratorio por cortes histo-patológicos: también la sífilis puede acompañar á la tuberculosis, formando la simbiosis que Ricord denominaba *scrofulate de verole*.

El embarazo reagrava sin duda alguna á una preexistente tuberculosis útero-anexial que se halle en incubación, pero por suerte para la madre y aún

mayor suerte para el niño, éste llega á efectuarse muy raramente.

El Doctor Zárate en su libro sobre Patología Obstétrica refiriéndose á la tuberculosis abdominal dice: «La tuberculosis abdominal pocas veces coincide con el embarazo, pues existen siempre lesiones del útero ó de los anexos y en aquellos casos que llegara á realizarse el proceso tuberculoso seguiría un curso mucho más intenso, con vastas generalizaciones y fiebre alta produciéndose comúnmente derrames sanguíneos que se hacen intensos en el momento del parto».

«La gestación en estas condiciones es sumamente laboriosa y el último tiempo del embarazo se caracteriza por trastornos agudos con probables complicaciones pulmonares que agrava el estado general de la enferma».

Ahora pasaré á ocuparme de otra de las causas que influyen preparando el terreno para una infección ulterior; me refiero á las malformaciones genitales. Alleaume que es el que más se ha ocupado de este asunto, en un trabajo publicado en 1907 da las siguientes malformaciones como predisponentes ó preparantes del terreno para una tuberculosis ulterior.

1.º Atresia del himen ú otra anomalía de esta membrana que impida la desfloración.

- 2.º La ausencia completa ó el desarrollo rudimentario de la vagina.
- 3.º El tabicamiento de la vagina con útero doble.
- 4.º La estenosis congénitas y las bridas.
- 5.º El útero rudimentario sea ó no acompañado de vagina y anexos bien desarrollados.
- 6.º Las diversas clases de útero doble.
- 7.º Los vicios de posición congénita del útero (oblicuidad y látero-posición).
- 8.º El tabicamiento incompleto del cuello.

En mi concepto estos factores á los que Alleaume atribuye importancia como predisponente para una tuberculosis útero-anexial, creo que no son más que *heredo-distrofias* de varias enfermedades y en especial de la tuberculosis; es decir resumiendo, no son más que manifestaciones aisladas de la *heredo predisposición* individual.

La retención de la sangre menstrual por imperforación del himen, favorecería la localización del bacilo de Koch en los órganos genitales, por las congestiones periódicas que traerían sobre ellos, las que dejarían sin ninguna duda congestiones residuales y por consiguiente un lugar de menor resistencia.

Por otra parte todas estas malformaciones genitales de la mujer están acompañadas con frecuencia de alteraciones de su menstruación y por las mismas

razones arriba indicadas favorecerían ellas la localización del bacilo de Koch.

Podría citar los casos mencionados por Tufier y Merletti los que se refieren á mal formación de los órganos genitales femeninos acompañados de tuberculosis, los que servirían para afirmar más la importancia de estas distrofias.

En una palabra: órganos atrofiados que van comunmente acompañados de una degeneración raquítica del organismo y por ende predispuestos á la tuberculosis ó ya tuberculosos, son causas eficientes para poder convencerse de la influencia desfavorable de estas detenciones y vicios del desarrollo.

Para terminar con este capítulo quiero dar algunos datos estadísticos de diversas escuelas, los que difieren completamente entre si arrojando porcentajes en desacuerdo, los que dependen en mucho del criterio y la forma como se ha efectuado estas estadísticas.

Naegeli, quien cree que todo hombre que llega á la edad adulta es baciloso, en una primera serie de autopsia encontró un 40 por 100 de personas con focos tuberculosos; más tarde en una segunda serie nos da la inverosímil suma de 97 por 100 de personas con focos tuberculosos, muchísimos de ellos ignorados hasta ese momento.

Esto en cuanto se refiere á la localización en ge-

neral, veamos ahora la localización en particular. Sobre los órganos genitales femeninos; Merletti después de haber estudiado seis mil autopsias hechas en el Instituto Anatómo Patológico de Parma en un período de diez años, encontró (1360) mil trescientos sesenta veces la tuberculosis como causa de muerte, correspondiendo de estos, 162 casos a lesiones de los órganos genitales femeninos es decir, en un porcentaje del 12,6 por 100.

En cuanto a la localización, dice Merletti, que de estos 162 casos 27 correspondían al ovario, 75 al útero y los restantes eran generalizados a los órganos pelvianos.

En lo que se refiere a la tuberculosis primitiva de los órganos genitales femeninos, las estadísticas son muy variadas: así tenemos a Orthmann que da un 18 por 100, Frerichs 6 por 100, Spath 24 con 5 por 100, Stolper uno por cada 35 casos y Menge que nos da la cifra de 18 por 100 y aun más, basándose en que al efectuarse operaciones abdominales se han encontrado focos de tuberculosis que habían atacado tal ó cual órgano interno independientemente de otra localización.

ANATOMIA PATOLOGICA

Es mediante el examen anátomo-patológico que se ha podido diagnosticar un gran número de casos de tuberculosis útero-anexial, por esta sola razón nos debemos valer de él en todos los casos, pero en especial en esas formas silenciosas, á sintomatología obscura, casos en que difícilmente se puede hacer el diagnóstico preciso valiéndonos solamente de nuestros medios clínicos.

La investigación del bacilo tuberculoso en las secreciones ó trozos de órganos, ya sea directamente por medio de la doble coloración ó ya por las culturas en los diversos medios nos servirá para el diagnóstico inmediato de la lesión.

Teniendo en cuenta que no siempre da resultado positivo esta investigación, á pesar de ser la afección de origen tuberculoso, creo que el más fiel é indiscutible resultado es el que se obtiene por la

inoculación de cobayos con material extraído de la enferma que se sospecha atacada de tuberculosis útero-anexial. La gran receptividad de estos animales para el bacilo tuberculoso, la que al decir de ciertos autores es tan grande que bastan solamente ocho bacilos para tuberculizarlo; es el mejor reactivo para comprobar de un modo fehaciente la naturaleza de la afección, teniendo esto un único inconveniente, y es el tiempo que hay que esperar para conocer los resultados, tiempo que en cualquier caso no es menor de diez días y puede llegar hasta meses.

Para poder hacer una descripción metódica de los estudios anatómo-patológicos y siguiendo a otros autores, los dividiré en: lesiones tuberculosas del útero, de la trompa y del ovario lo que facilita mucho su descripción y nos da á comprender de un modo claro como comienzan las diversas formas clínicas.

Lesiones tuberculosas del útero.—Las subdividiré como puede subdividirse el útero en tuberculosis del cuello y del cuerpo.

La tuberculosis del cuello es sumamente rara y pocas veces es única, encontrándola asociada en gran número de casos á la tuberculosis de otros órganos.

Friedlandér y Kauffmann han observado casos de tuberculosis primitiva del cuello, según ellos esta

tuberculosis primitiva del cuello toma formas ya sea vegetantes, ó ya sea papilomatosas las que serían siempre formas de tuberculosis de virulencia atenuada.

También esta forma papilomatosa ó vegetante suele asociarse á otros tumores, existiendo el caso de Franke; quien encontró ingertadas lesiones tuberculosas en un útero canceroso, las que se localizaban al derredor de las glándulas, donde el microscopio descubría netos folículos tuberculosos.

La tuberculosis del cuerpo, puede dividirse como lo hace Pozzi en forma miliar aguda, forma intersticial y forma ulcerosa, siendo esta última denominada por ciertos autores *endometritis tuberculosas*. La forma miliar aguda no es más que la consecuencia de una tuberculización general, pues no habiendo razón para respetar al útero, lo ataca como á las demás partes del organismo; siendo esta forma relativamente rara. La forma intersticial tiene como característica primordial, la formación de nudosidades tuberculosas que se radican en el músculo uterino, teniendo una marcha tórpida y crónica susceptible de manifestarse ruidosamente por un accidente gravísimo, tal como la ruptura del útero en el momento fisiológico del trabajo del parto. La forma endometrítica, ó forma ulcerosa, es la que se observa con mayor frecuencia, con localización en la mucosa uterina la que se detiene en el cuello, si esa in-

fección viene de la trompa; como también queda limitado al ángulo más superior, formado por el cuerpo útero y la trompa, si la infección se ha efectuado por vía ascendente. En su primer período en nada se diferencia con una endometritis vulgar, pero cuando la lesión avanza tomando un carácter más franco, se profundiza produciéndose en un período más ó menos largo de tiempo la transformación caseosa llegando á convertirse el espacio uterino en un verdadero saco purulento.

Cornil ha localizado las lesiones características de esta afección por debajo de la capa superficial de células mortificadas, donde existe una zona de células vivientes y de cuando en cuando se encuentra células gigantes como centro de folículos tuberculosos los cuales avanzan paulatinamente hasta los planos musculares más profundos, los que serán más tarde el punto de partida de la caseificación y destrucción del útero.

Esta forma puede por obliteración del cuello uterino producir un pio-metrio (Krzywycki) ó debido á una infección secundaria se formaría un hidro-metrio, (Frerichs, Orthmann).

El contenido purulento de este pio-metrio ó del hidro-metrio, está constituido por detritus de células que han sufrido la necrosis de coagulación, reposando el todo sobre una capa de tejido embrionario salpicado de células gigantes.

Los bacilos en estas lesiones parecen no ser muy abundantes, á veces es imposible demostrarlos. Cornil y Chantemesse, han podido producir metritis tuberculosas en cobayos por medio de inyecciones vaginales de culturas de bacilos tuberculosos provenientes de tuberculosis uterina.

Las ulceraciones primitivas del útero presentan una forma más o menos redondeada, con borde ligeramente indurado, con fondo amarillento fungoso y muy irregular. Estas ulceraciones avanzan lentamente entre las mallas del tejido muscular y llegan á veces á perforar el útero.

En la mayoría de los casos publicados, la infección del útero era secundaria y provendría de la caída de líquidos sépticos de las trompas enfermas en la cavidad uterina, constituyendo la denominada forma de infección descendente. Para Russel no existe la tuberculosis primitiva del útero, siempre sería secundaria, consecutiva á una afección primitiva de las trompas.

Lesiones tuberculosas de las trompas.—Son muy distintos los aspectos que presentan las trompas enfermas; á veces tienen un aspecto normal, encontrándose su mucosa conservada, otras veces se encuentran invadidas por una discreta erupción de granulaciones miliares y por último otras veces nos encontramos con trompas que pueden hipertrofiarse

y ser acompañadas de dilataciones ampulares de tamaño muy variable.

Cualquiera que fuese el período de evolución de la tuberculosis de las trompas se ha podido constatar, siendo Merletti el primero, que el orificio uterino de la trompa siempre quedaba permeable.

Bajo el punto de vista histológico, las lesiones varían según el sitio que se localizan, como también según en el período de desarrollo en que se las examina.

En un primer período, la superficie interna se encuentra erizada por vegetaciones hipertróficas, llenas de células gigantes, formándose los verdaderos folículos tuberculosos en la capa fibro-muscular.

Cuando la trompa llega ser quística, tomando dimensiones muy variables, pueden llegar á tener según Aran una capacidad, hasta 300 gramos y en este caso las vegetaciones desaparecen quedando en su lugar una capa de células embrionarias y por debajo de ellas una zona fibrosa llena de folículos tuberculosos, reposando el todo sobre la capa muscular la cual se encuentra relativamente infiltrada.

Predohl y Jacobs se han ocupado de buscar el bacilo en todos estos casos y llegan á la conclusión, que no tiene ninguna importancia para el diagnóstico, la comprobación negativa del bacilo de Koch por ser difícil é inconstante su observación.

Bajo el punto de vista anatómo-patológico Willans

distingue tres formas: una forma miliar rarísima, radicándose la lesión en las capas del tejido mucoso y muscular, en estos casos no se constata más que una salpingitis catarral. Una segunda forma que él llama *crónica fibrosa*, se caracteriza por la proliferación abundante de tejido fibroso y como su nombre lo dice, seguirá un transcurso crónico. Por último una tercera forma, que la denomina *crónica difusa* la que se caracteriza por una bacilosis generalizada la que destruye toda la capa mucosa, llegando á veces á obstruir la luz del conducto y da lugar á la formación de un pio-salping tuberculoso de muy difícil diagnóstico y que únicamente el laboratorio podrá encaminarnos hacia la verdad.

Una vez formado el pio-salping tuberculoso, este contrae adherencias con los órganos vecinos buscando salida ya sea en la vejiga, según Fernet ó ya en el recto según Vermeil, lo que parece más frecuente.

Los casos de curación espontánea hacen pensar que esta se efectúa á expensas de un proceso de calcificación, ó de un proceso escleroso que detiene la proliferación del bacilo, lo enquistado y lo aniquila.

Se ha hecho una clasificación basada en la observación macroscópica de la trompa enferma, teniendo en cuenta la parte de ella atacada; de ese modo tendremos una peri-salpingitis tuberculosa, y una salpingitis miliar parenquimatosa. Por otra parte

Kleinhan, Martín, Wertt y otros clasifican á estas lesiones todavía en primitivas y secundarias lo cual en realidad no tiene ningún valor á nuestra manera de ver por cuanto las lesiones anátomo-patológicas son idénticas en uno y otro caso.

Lesiones tuberculosas del ovario.—Este órgano es más raramente afectado por la tuberculosis, existe mucho más frecuentemente, la forma combinada, de salpingo-ovaritis tuberculosa pero hay que tener en cuenta de no incluir como forma combinada, aquellos casos en que existe una simple inflamación del ovario que no responde á una lesión tuberculosa sino más bien á una lesión banal inflamatoria cuya causa se debe atribuir á otros bacilos.

Amann cree que muchas veces se confunde la peri-ovaritis inflamatoria con la ovaritis tuberculosa que es muy rara.

Guillemain revisando minuciosamente con un espíritu crítico muy severo todos los casos publicados de tuberculosis primitiva del ovario, llega á la conclusión que un ochenta por ciento de los casos no eran primitivos, teniendo en cuenta que él eliminaba hasta los casos dudosos.

Cornil en apoyo de esta teoría, argumenta que la superioridad numérica de la frecuencia de la tuberculosis primitiva de la trompa sobre aquella del ovario, es debida á que la primera ofrece un punto de menor resistencia por la menor irrigación sanguí-

nea y por lo tanto es más vulnerable al bacilo de Koch.

Siguiendo á las estadísticas publicadas tenemos que son más frecuentes las formas de ovaritis tuberculosa unilateral; como también sin causa justificada sería el ovario derecho el más atacado.

En la tuberculosis primitiva del ovario, siempre ó en una gran mayoría de los casos, la lesión comienza en la capa ovigena, en el mismo sitio donde se encuentra el folículo de Graaf que en estos casos se halla destruído; siendo de opinión muchos anátomo-patologistas que en estos casos la infección llega por vía sanguínea siendo la arteria ovárica el camino seguido, pues esta va á echarse en el folículo de Graaf. Las observaciones histo-patológicas descubren en su comienzo masas de células embrionarias y folículos tuberculosos que seguirán su evolución ulterior para darnos las distintas formas anatómico-clínicas de la tuberculosis ovárica.

Tres son las formas clínicas como se presenta esta tuberculosis, á saber: forma tubérculo saliente, masas caseosas y por último abscesos del ovario.

La primer forma se encuentra más frecuentemente en la superficie del ovario, siendo raro encontrarla en su interior. Las dos últimas formas están caracterizadas por abscesos múltiples los que por su reunión entre sí dan lugar á la destrucción del parenquima ovárico, dejándolo convertido en

una verdadera caverna recubierta por el tejido cortical.

Todas estas lesiones de los diversos segmentos de los órganos genitales femeninos pueden ir acompañados por una infiltración caseosa ganglionar que pueden dar lesiones a distancia. (Hegar).

DIAGNÓSTICO

Martín en el Congreso de Roma de 1902 sienta la siguiente proposición: «En los momentos actuales, nosotros no poseemos ningún signo patognomónico para el diagnóstico de la infección tuberculosa de los órganos genitales femeninos»: Consideramos á esta muy justa, pues aún hoy podemos repetir la misma frase sin temor de equivocarnos.

Antes de entrar de lleno á la sintomatología, queremos hacer algunas advertencias:

1.º La tuberculosis útero anexial según las diversas publicaciones, ataca siempre ó en la gran mayoría de los casos á dos ó más segmentos del aparato genital femenino.

2.º Cada síntoma por si solo, no tiene valor alguno y por el contrario la reunión de estos, nos da la casi certidumbre de la naturaleza tuberculosa de la afección.

3.º No debemos olvidar ningún síntoma local, como tampoco general, y siempre debemos valernos del laboratorio para guía de nuestro diagnóstico.

4.º En las vírgenes, el diagnóstico resulta más difícil pues es imposible efectuar el tacto vaginal y siendo permitido en caso estrictamente necesario y siendo permitido se efectuará con un solo dedo, haciéndolo con suma precaución, pues muchas veces el himen debido ya sea á su conformación ó á su elasticidad permite un tacto aunque insuficiente muchas veces útil.

5.º Creo que el tacto rectal, es el que subsana en gran parte los inconvenientes antes mencionados, habiéndolo seguido en nuestras entomas con buen resultado.

6.º Por último creo que la enferma sospechada de tuberculosis útero anexial se le debe efectuar el tacto vaginal cuando es posible diariamente, para poder constatar las variantes diversas que sufre en su evolución esta enfermedad y para poder apreciar el *signo Bazerrica* que en llegándose á constatar nos aproxima al diagnóstico.

Ahora bien: después de haber efectuado un examen minucioso de la enferma, en especial de sus pulmones é intestinos, pasaremos á ocuparnos de los antecedentes, síntomas y signos que utilizaremos para hacer nuestro diagnóstico.

Las perturbaciones de la menstruación en la mujer, fué en otros tiempos considerada como signo

patognomónico de esta afección, habiendo caído en descrédito, pues los estudios modernos han llegado á comprobar que todas las enfermedades inflamatorias, en especial aquellas que tienen su asiento en los anexos, traen como consecuencia la dismenorrea, mientras que por el contrario, los procesos atróficos van acompañados de amenorrea.

En nuestras enfermas se puede comprobar por las historias que van al final del presente trabajo, que las menstruaciones en los diversos casos se presentaban normales ó bajo forma metrorrágica, por periodos más ó menos largos; pero en sus últimos tiempos eran escasísimas y leucorreicas.

En una mujer casada, con tuberculosis anexial, dice Martín, un signo frecuente es la esterilidad, y siguiendo su estadística presentada en el *Congreso de Roma*, tenemos: de 24 enfermas observadas en su clínica, una sola había llegado á embarazarse en el transcurso de su enfermedad, y de 12 enfermas, casadas con personas sanas, observo que hacía un tiempo más ó menos largo que no se embarazaban á pesar de haber tenido anteriormente uno ó varios embarazos.

De estos datos, que merecen la mayor fe y que se han podido comprobar en la observación diaria, se deduce que cuando se nos presenta una enferma quejándose de esterilidad y encontramos en ella signos de bacilosis, y el examen no nos revela una

causa mórbida capaz de producirla, se sospechará en tuberculosis útero-anexial.

Veit llama la atención de la frecuencia con que se ha encontrado en estos últimos tiempos la salpingo-ovaritis tuberculosa en caso de embarazo tubario, y llega á la conclusión de que nunca se debe excluir y, por el contrario, más bien sospechar una tuberculosis genital cuando nos encontramos en presencia de un embarazo de esta naturaleza.

Otras de las causas que nos deben hacer pensar en una lesión tuberculosa de los órganos de la generación, es una peritonitis ó una pelvi-peritonitis bacilosa anterior al comienzo de su enfermedad genital, creyendo ciertos autores que la pelvi-peritonitis tuberculosa es la consecuencia de una anexitis del mismo origen ó vice-versa.

Terrillon y Aran han hecho resaltar la presencia en ciertas enfermas afectadas de bacilosis genital, de ataque de pelvipertonitis, comenzando éstos en una forma dramática: la enferma se siente atacada de pronto por un malestar general, acompañado de escalofríos; le sobrevienen náuseas, vómitos y, en fin, un dolor brusco en el bajo vientre; este dolor es tan violento, que la enferma se ve obligada á quedar inmóvil en el lecho, y la menor presión ó palpación del vientre se acompaña de dolor intenso é intolerable. La fiebre en estos casos no pasa de 39°; comúnmente es menor, el pulso se vuelve frecuente,

pequeño é irregular, la facie del enfermo se torna pálida, sus ojos se excavan, dándole el aspecto de un peritoneal clásico. Tentar la exploración vaginal en estos casos es imposible por el dolor vivo que despierta, debiendo, por lo tanto, diferir el tacto para mejor oportunidad, es decir, cuando haya pasado la faz aguda.

Estos ataques se repiten con relativa frecuencia, con un intervalo de cinco días por lo menos, y se los ha denominado *ataque de pelvi-peritonitis á repetición*.

Hay que tener presente que esta *pelvi-peritonitis á repetición* tienen un cuadro clínico en un todo semejante al de las *salpingitis gonocóccicas*, de quien hay que diferenciarla. Aran y Terrilon conceden gran importancia para el diagnóstico de la tuberculosis genital á la congestión pulmonar concomitante con estos ataques de pelvi-peritonitis.

La ascitis es otro de los síntomas que puede presentarse aun cuando no frecuentemente. Este derrame de liquido es muy variable, siendo á veces muy abundante; por el contrario, otras es muy escaso, encontrándose unas veces libre y otras enquistado, dando en el primer caso á la palpación bimanual la sensación de onda líquida.

La facie clorótica ó semi-clorótica acompañada de un estado de denutrición manifiesto, es lo que se presenta comúnmente á nuestra observación, no lle-

gando jamás á constituir en los casos de bacilosis genital un signo patognomónico por hallarse este cuadro en distintas enfermedades y en la misma tuberculosis con diferente localización.

La temperatura en esta enfermedad se comporta de una manera muy variable; así tenemos casos en que la evolución se hace en plena apirexia, mientras que en otros casos nos da uno ó más grados por encima de la normal, como también puede ó no presentarse un aumento vespéral. Hemos seguido en los casos 4.º, 6.º y 7.º la temperatura en la axila y en la vagina, y en todos los casos hemos encontrado cuatro décimas más en favor de la temperatura vaginal, cosa que no llama la atención, pues sabemos que fisiológicamente la temperatura de las cavidades bucal, vaginal y anal es algo mayor que la axilar, debido á la menor irradiación del calor, llegando á la conclusión de que en los casos de tuberculosis genital la temperatura de esa región no sufre variantes apreciables.

La cefalea es un síntoma que se encuentra con relativa frecuencia principalmente en aquellos casos en que la tuberculosis genital se halla en un estado avanzado, no debiendo sorprendernos esto, pues sabemos que el bacilo de Koch cualquiera que fuere el punto donde se localice nos da esta cefalea más ó menos intensas y rebeldes al tratamiento médico.

Los sudores nocturnos es un síntomas común á toda localización tuberculosa y por consiguiente no escapan á la regla los casos de bacilosis genital.

Delageniere ha descrito dos clases de *dolores* unos *profundos* y otros *cutáneos*, los que se producen espontáneamente sin provocación palpatoria, que según él serian debido á una degeneración del ovario acompañada de una neuritis de los nervios genitales. Estos dolores se localizan los primeros en la cintura y los segundos sobre la parte inferior del abdomen.

Estas neuralgias lumbo-abdominales se suelen encontrar con relativa frecuencia en los casos de tuberculosis anexial, constituyendo un síntoma que sin ser característico de esta afección, tiene gran importancia cuando se sospecha una lesión tuberculosa de los órganos genitales.

Las adherencias que pueden encontrarse en los casos de tuberculosis anexial se diferencian difícilmente de las adherencias blenorragicas, sin embargo tienen de característico que en el primer caso, son mucho más amplias y no se encuentran signos de obstrucción tubaria.

La palpación bimanual nos permite sentir á veces los anoxos engrosados, dolorosos, caído en el saco de Douglas, más ó menos fijos, otras veces se encuentra una tumefacción; ya dura, ya pastosa, que se extiende hacia los fondos de sacos laterales,

no pudiéndose en muchos casos delimitar ni la trompa ni el ovario etc.

Toda esta sintomatología enunciada nos indica que nos encontramos en presencia de un caso de anexitis simple ó complicada con un proceso de pelviperitonitis, pero jamás nos puede ilustrar sobre la naturaleza tuberculosa de la afección y por lo tanto son síntomas de importancia relativa.

En ciertos números de casos Hegar y sus discípulos han podido constatar en las trompas y con especialidad en la región ístmica unas nudosidades de tamaño variable que han denominado *nódulos ístmicos* creyendo que eran específicos de la bacilosis genital dándole gran importancia para el diagnóstico.

Basándose en sus múltiples observaciones en la clínica de Fribourg, Kehrer cree que estas nudosidades ístmicas son de naturaleza blenorragica mientras que por el contrario las nudosidades que se encuentran en el espesor de los cuernos uterinos serían de naturaleza bacilosa y la denomina *salpingitis ístmica nudosa*.

El Dr. Castaño en su trabajo sobre: *Estudio de un nuevo signo «Signo Bazterrica»* dice lo siguiente: «Mi maestro el Dr. Bazterrica, como buen observador, no perdiendo los pequeños detalles, recogidos y estudiándolos pudo observar repetidas veces en las salpingitis variaciones bruscas en el volumen

de ella que el tacto y la palpación combinada revelan. Un tumor que en un examen es del tamaño de un huevo de paloma á las cuarenta y ocho horas ó más, á veces en menos tiempo, cuando se repiten los exámenes se le ve sin haberle hecho tratamiento alguno, del tamaño de una naranja ó viceversa; hay como él dice verdaderas mareas por el lado de la trompa. El Dr. Bazterrica observó esto y lo vió repetirse en varios casos que en la intervención resultaron ser salpingitis tuberculosas».

«Pudo después por ese único signo hacer el diagnóstico precoz de salpingitis tuberculosa y al operar pudo comprobar su diagnóstico».

El Dr. Pradero en su interesante tesis sobre salpingo-ovaritis tuberculosa es el primero que ha hecho conocer este signo, al que denomina *Signo Bazterrica* diciendo que consiste en «los aumentos y disminuciones periódicas que sufren los tumores anexiales de origen tuberculoso, aumentos y disminuciones que responden posiblemente á obliteraciones tubarias temporarias ó á poussées congestiva pasajeras».

«El Dr. Bazterrica cree que es debido este fenómeno á poussées congestivas, producidas por cualquier causa, el exceso en el coito y en la alimentación, trastornos intestinales, etc., los que traen como consecuencia congestiones útero-ováricas y que en especial en estos casos trae fuerte congestión

del órgano enfermo manifestándose esta por hemorragias uterinas y en la trompa por un aumento brusco de volumen, debido quizá á hemorragias intersticiales ó á simple congestiones del lado de la mucosa tubaria que traerían como consecuencia su turgencia y por su intermedio la obliteración del ostium uterino». (Revista de la Sociedad Médica Argentina del año 1912).

El Doctor Boero en la sesión del 4 de agosto de 1912 de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología; decía haber constado en un caso de salpingitis doble gonocócica un fenómeno análogo al descripto con el nombre de *Signo Basterrica*: tratada esta mujer por el masaje ginecológico mejoró muchísimo hasta curarse completamente y en este caso el Dr. Boero tiene la seguridad que la enferma no era tuberculosa.

En nuestras enfermas hemos podido constatar en algunos casos el *Signo Basterrica*, el que nos ha prestado gran servicio para la afirmación de un diagnóstico sospechado, lo que hace incontestable su valor.

Pasando á los medios de diagnóstico que nos proporciona el laboratorio, tenemos que:

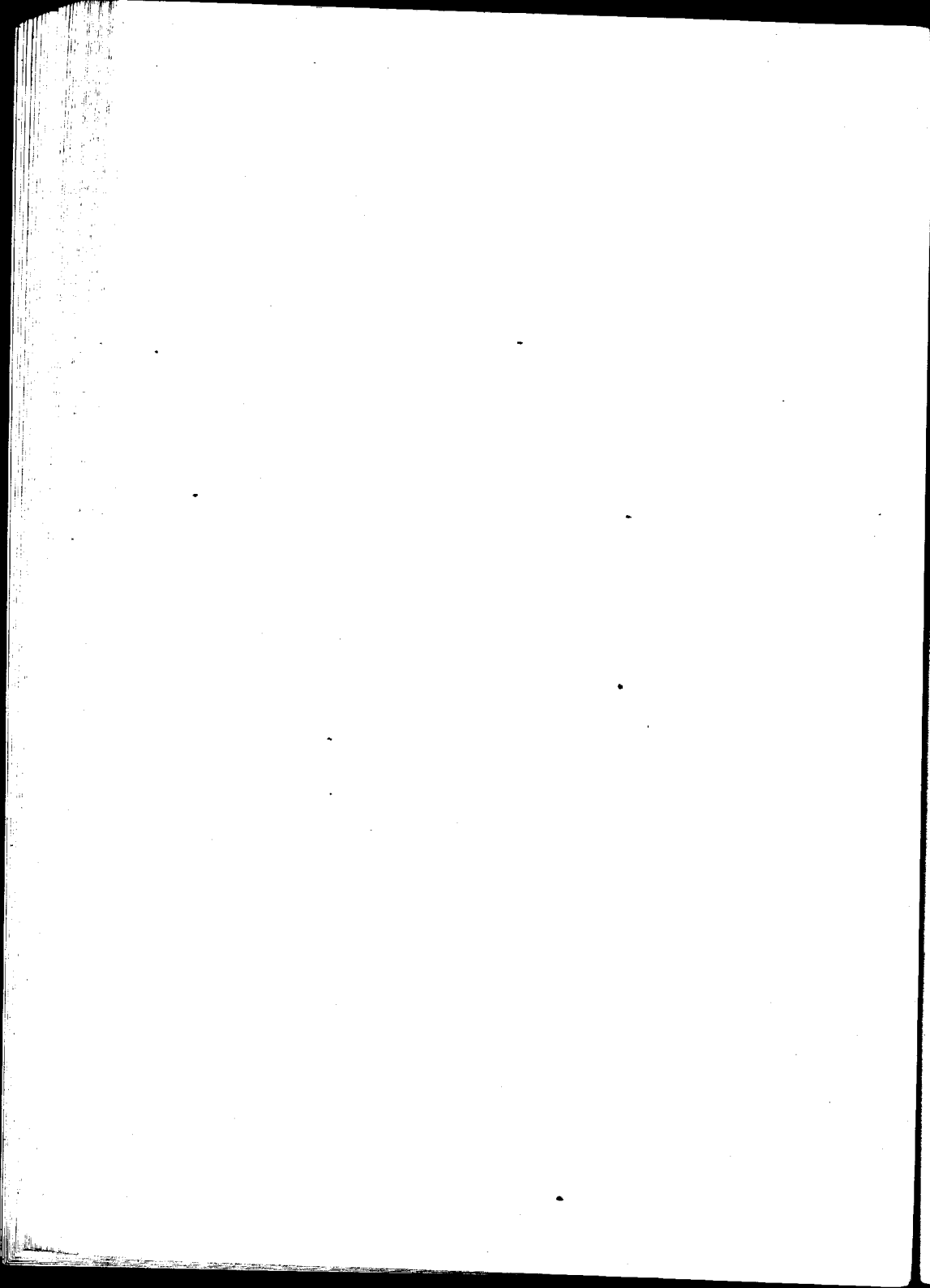
Las preparaciones para la investigación del bacilo de Koch se harán con el flujo, el pús, la sustancia obtenida por medio del raspaje del útero, ó por trozos de órganos enfermos; empleando el método

corriente de Ziell, aun cuando no siempre es fácil hallar el bacilo, más bien al contrario raramente se lo encuentra, pero este método tiene la ventaja de ser rápido y fácilmente practicable.

La inoculación en los cobayos de productos sospechosos, tales como el pús, el flujo, sustancias obtenidas por el raspado del útero ó pedazos de órganos enfermos nos da resultados más seguros por la fácil tuberculización del cobayo, pero tiene el inconveniente de hacer esperar para obtener el resultado muchos días y á veces meses, lo que hace que este método no sea empleado tan corrientemente.

Un último medio y al cual deben someterse todas las enfermas sospechadas de tuberculosis, es el método de la *Dermo-reacción á la tuberculina*, sea esta dérmica ó intradérmica, pero de cualquier manera ella debe hacerse para confirmar nuestro diagnóstico.

Es muy cierto que una simple reacción positiva no confirma un diagnóstico, es necesario que los demás síntomas clínicos estén en correlación con el resultado de la reacción, para que esta tenga valor, porque si bien es cierto que el laboratorio es una gran ayuda para la clínica no pasa de ser una ayuda la que tiene mayor ó menor valor según el criterio clínico con que se la interprete. Por esta misma consideración *mutatis mutandi* una reacción negativa no niega un diagnóstico.



EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Entre las enfermedades que siguen una evolución caprichosa en su desarrollo, podemos citar la tuberculosis genital femenina, que muchas veces cura sin ser diagnosticada y otras veces en un plazo relativamente breve causa la muerte por generalización rápida del bacilo en la sangre.

Dentro de sus múltiples maneras de evolucionar la tuberculosis útero anexial, nos encontramos á veces con casos silenciosos que no llegan á diagnosticarse á causa de los mínimos trastornos que producen, casos en que la enferma sufre fenómenos agudos intercalados por periodos de bienestar relativo y casos en que los trastornos hacen imposible una vida medianamente tolerable.

Estas dos últimas formas suelen ir acompañadas de infecciones secundarias, fáciles de comprender constituyendo esto otro tipo de evolución; así su-

cesivamente tendremos, que estas diversas formas se combinan de mil maneras dándonos otros tantos tipos diferentes de evolución.

Faure cita un caso á evolución rápida de tuberculosis anexial que fué confundido con un tumor maligno del ovario; y que se presentó de la siguiente manera: masas difusas y de consistencia desigual se desarrollan en la pelvis englobando al útero por todos lados, masas que se remontaban por encima del pubis y que en su crecimiento rápido llegaron casi hasta el ombligo. Apareció la ascitis relativamente abundante que hizo pensar en una invasión rápida de la cavidad peritoneal por las vegetaciones desordenadas de un neoplasma ovárico de marcha invasora. Al mismo tiempo el estado general se altera, la enferma enflaquece y todo está de acuerdo con el pensamiento de un tumor galopante.

Alterthun cita un caso de tuberculosis de la trompa curado espontáneamente y da como explicación anatómica que esta curación debe haberse efectuado por una retracción esclerosa del tubérculo con calcificación del tejido conjuntivo y de las células gigantes, proceso en un todo parecido á la calcificación pulmonar.

Veit cita otro caso de una mujer que él la atendía de pelvi-peritonitis y que no había presentado síntoma alguno que hiciera pensar en una afección tuberculosa genital concomitante; viendo que su en-

ferma sufría y que su ovario aumentaba de volumen decide hacerle una laparatomía exploradora y se encuentra con un peritoneo sembrado de granulaciones en su mayoría calcificadas aun cuando algunas de ellas con bacilos encerrados en su interior; la trompa aunque obliterada no presentaba el menor signo de tuberculosis; finalmente hace notar Veit que este caso curó espontáneamente.

También podría citar una de nuestras observaciones en la cual la enferma se encontraba en asistencia desde hacía bastante tiempo por peritonitis tuberculosa. Al practicarse la abertura del vientre como medio curativo, se encontró sus órganos genitales con lesiones tuberculosas, calcificadas unas y otras en período de regresión. A los dos años tuvimos ocasión de ver la enferma, la que curó completamente de su peritonitis y sus órganos genitales no dan al tacto nada de particular y sus menstruaciones que anteriormente eran irregulares y abundantes hoy han vuelto á la normalidad lo que supone una curación espontánea de su afección genital; debiendo advertir, sin embargo, que hoy la enferma se encuentra asilada en el Hospital Rivadavia afectada de una tuberculosis pulmonar.

En cuanto al pronóstico podemos decir que es grave, por más que en nuestros casos todos han llegado por lo menos aproximadamente á la curación.

Decimos que es grave esta afección, primero:

porque á veces la enferma se halla en tal grado de caquexia que es imposible someterla á una intervención; segundo: por la gravedad que acarrea el vaciamiento de la pelvis ó parte de ella cuando los órganos se hallan infectados, especialmente en aquellos casos en que la tuberculosis se encuentra asociada al gonococo y por último, los trastornos que acarrear la extracción de los ovarios y la suspensión prematura de su trabajo fisiológico, especialmente en la nubiles que las rinde estériles y altera su aparato nervioso, por más que en algunos casos la opoterapia da buen resultado.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las diversas formas de la tuberculosis útero-anexial, varía según las condiciones en que se encuentra la enferma: pero desde ya puede afirmarse que el único tratamiento hoy por hoy eficaz, es el quirúrgico que tan buen resultado ha dado, curando algunos casos ó por lo menos produciendo una notable mejoría de las pobres enfermas portadoras de este mal, que día á día se hace más común á nuestra observación.

Dos son los medios que pueden seguirse, para el tratamiento de esta modalidad de localización del bacilo de Koch y son el médico y el quirúrgico.

Del tratamiento médico diremos dos palabras, por ser igual al tratamiento á seguir en toda localización del bacilo de Koch; ya sea pulmonar, peritoneal, etc., el que consiste en *grosso modo*, dar al paciente una sobrealimentación regulada para que no

resulte nociva, una tonificación general del organismo, bajo cualquier forma; cuidar y buscar de evitar la descalcificación del organismo; un tratamiento higiénico apropiado y por último, el tratamiento por las diversas tuberculinas, que el día que lleguen á dar un resultado realmente positivo constituirán el tratamiento ideal.

Ahora pasaré al tratamiento quirúrgico que es el que hoy goza de la opinión unánime de los profesionales, por ser él quien nos ha dado brillantes resultados aun en casos que se presentaban difíciles por sus complicaciones.

¿Cuándo se encuentra indicada la intervención quirúrgica? En todos los casos que se halle plenamente comprobada ó existan sospechas suficientemente fundadas para pensar en una tuberculosis genital; y no se operan todos aquellos casos en que la enferma presente trastornos mínimos y la afección no pase de una simple sospecha de lesión tuberculosa, como tampoco aquellos casos, que llegando á un estado tal de caquexia, la operación en vez de beneficiarla precipita la enfermedad y produce más rápidamente el caso letal.

Establecida la indicación operatoria viene en cuestión: ¿Cual es la anestesia á emplear? A nuestra manera de ver todos los medios anestésicos son buenos, pero se deben preferir en todo caso, la anestesia por el éter ó la raqui-novococainización.

El éter es un excelente anestésico que produce muy pocos fracasos y que al decir de los médicos ingleses, norte-americanos, y nuestra propia experiencia, estos fracasos serían debidos á falta de atención del anestesiadador, por más que ellos reconocen ciertas contra-indicaciones para su uso y proponen en estos casos su substitución por la raqui-anestesia.

En el servicio de cirugía general del Hospital Italiano, el anestésico que se usa diariamente, es la novocaina á la dosis de quince centigramos en todos aquellos casos en los que halla necesidad de efectuar la laparatomía y la mitad de la dosis en las operaciones de corta duración.

El modo de prepararla es el siguiente: En frascos de vidrio de boca ancha, con tapa esmerilada y de una capacidad de treinta centímetros cúbicos más ó menos, se colocan en su interior la dosis que se quiere de novocaina cristalizada, una vez tapado se recubre ésta con papel apergaminado y se coloca el todo en un tambor *ad hoc* llevándolo para su esterilización en el autoclave, á 120° de temperatura durante dos horas continuas. Se efectúa la punción según método corriente, se extrae tres ó cuatro centímetros cúbicos de líquido céfalo raquídeo y se lo vierte en el frasco que contiene la novocaina, se lo agita para su completa disolución siendo esta sal muy soluble y tomando la solución nuevamente en la jeringa se torna inyectarla, obteniéndose una

anestesia perfecta la que durará unas dos horas ó más.

No nos ocuparemos de las ventajas y desventajas de este medio de anestesia que día á día se aprecian más sus beneficios y únicamente diremos que se lo considera contraindicado, en aquellos casos en que el paciente no ha pasado la primera infancia, en todos los casos en que exista una lesión del sistema nervioso central, ó que sea una persona neuropática y por último, disminuimos á la mitad de la dosis, en aquellos casos en que el enfermo vaya á la sala de operación con una hipotensión marcada, debida á su misma enfermedad.

Ya tenemos nuestra enferma anestesiada, ¿cual es la vía que seguiremos en la intervención?, la vaginal ó la abdominal, la primera la excluimos completamente y siempre iremos por la vía abdominal, la que nos permite observar los órganos en sus más mínimos detalles y nos permite ser económicos en la intervención que emprendamos, no exponiéndonos á una segunda intervención, cuando ya sea por adherencia que no se pueden romper, ya por no poder efectuar un vaciamiento completo de la pelvis, etc.

Para incidir la pared abdominal, haremos una incisión mediana sub-umbilical la que nos da bastante campo para maniobrar con relativa facilidad, ó la incisión de Pfannenstiel que también da buen campo, su cicatriz resulta pérdida por los pliegues

del vientre y en buena parte cubierta por el monte de Venus.

Abierto el vientre varios son los procedimientos para abordar los órganos femeninos en las múltiples formas de presentarse cuando se hallan afectados de tuberculosis, á saber: el método de Kelli llamado también método americano, el de Terrier, el de Faure ó de la hemisección, el de Doyen y Riche-
lot y por último el procedimiento de Basterrica ó de la histerectomía subtotal.

Procedimiento de Kelli ó procedimiento americano.

—Este método á la par que sencillo, es muy cómodo, especialmente en los casos de anexitis. La operación comenzará por el anexo izquierdo para ir á terminar con el anexo derecho. Se comienza por seccionar el ligamento redondo del lado izquierdo, luego se rompen las adherencias si las hay, se separan los anexos y se procede á ligar la arteria uterina la que se tomará con una pinza hemostática al lado del útero, luego se cortará á tijera todo el ligamento anche de arriba hacia abajo hasta llegar al punto donde se ha tomado la arteria uterina, la que se reconoce y se liga con mucho cuidado. Siempre siguiendo por el lado izquierdo incindiremos la vagina al nivel del fondo de saco del mismo lado y se nos presentará el cuello uterino al que tomaremos con una pinza á dientes, se levanta hacia arriba y á la derecha y se lo incinde para dejarlo libre, teniendo

cuidado de dejar sobre la cara anterior y posterior una lámina de peritoneo de un ancho suficiente para poder peritonizar perfectamente la superficie cruenta. Una vez que el cuello es aislado de sus inserciones vaginales se nos presentará la arteria uterina del lado opuesto que igualmente la tomaremos con una pinza hemostática y la seccionaremos conjuntamente con el ligamento ancho de abajo hacia arriba y se termina la operación como en el lado opuesto. Se procede á la hemostasia y se peritoniza valiéndose de una sutura de catgut. Se cierra la pared abdominal.

Este procedimiento se puede emplear únicamente en el caso que la lesión se halle radicada en un solo lado, es decir, cuando se efectúa una oóforo-salpingectomía unilateral, pues sería de muy difícil ejecución en aquellos casos en que hubiera adherencias profundas en ambos lados. Este método es elegante y saca todos los órganos genitales en una pieza.

Método de Faure ó de la hemisección.—Faure ha descrito un procedimiento fácil é ingenioso, que consiste esencialmente en seccionar al útero del fondo al cuello, sección que si se efectúa en la línea media, á la par que es sencilla, no produce hemorragia, pero tiene el inconveniente que á veces se puede incendiar al mismo tiempo las bolsas salpingianas que suelen encontrarse en el fondo de saco posterior.

Una vez incendiado, se toma con dos pinzas cada

lado del útero y se lo levanta, comenzando por el lado que se presenta más fácil, y en caso que la lesión fuera difusa en ambos lados, se comenzará por el derecho. Se tira el muñón hacia arriba y sentiremos una resistencia que no es más que la pared vaginal que retiene al útero, y con un golpe de tijera al ras del cuello, nos permitirá llevarlo hacia arriba. Desde este momento no hay más obstáculos, pues se sigue incindiendo á tijera al nivel de la pared pélvica, y tendremos que el útero se desprenderá con facilidad. Sabemos que la arteria uterina está cerca del cuello y resulta muy fácil encontrarla y se puede incindirla antes ó después de haber sido tomada, teniendo cuidado de no separarse mucho del cuello.

Una vez seccionada la inserción vaginal y la arteria uterina, nada más fácil que la extirpación total de los órganos y veremos con qué facilidad sorprendente se destacan las adherencias y con ella los anexos, terminándose la operación haciendo lo mismo del lado opuesto. Se peritoniza y se cierra la pared abdominal.

Este procedimiento tenía el inconveniente de exponer la cavidad pelviana á la infección cuando se incindía el útero, pero Faure mismo subsana este inconveniente, efectuando este mismo tiempo operatorio con cauterización inmediata á su apertura. Este procedimiento es conveniente usarlo en aque-

llos casos en que el útero no se encuentre aumentado de volumen, cuando exista un absceso de cualquier origen ó cuando los anexos presenten muchas adherencias.

Método de Terrier.—Este procedimiento, basado en el de Faure, tiene, por consiguiente, las mismas indicaciones que él y no resulta de difícil ejecución en aquellos casos en que el útero se halle aumentado de volumen.

Difiere del procedimiento de Faure, que en vez de seccionar al útero por su línea mediana, hace la histerectomía valiéndose de pinzas hemostáticas que coloca á derecha é izquierda del útero sobre el ligamento ancho, cortando al ras de ella y efectúa la histerectomía total ó sub-total, según cree conveniente. En un segundo tiempo efectúa la oóforo-salpinguectomía, comenzando por el lado donde la lesión se encuentre menos avanzada.

Método de Bazterrica ó de la histerectomía subtotal.—Este método operatorio fué ideado por el doctor Bazterrica dos años antes que fuera publicado por Caruso en 1894, y método que el autor usa preferentemente en todos aquellos casos en que es necesario hacer una histerectomía.

Su técnica es la siguiente: Una vez abierto el vientre se comenzará por el lado que la lesión sea menor, empezando por tomar el ligamento externo del ovario y conjuntamente la arteria útero-ovárica,

ligándolas con catgut a objeto de hacer la hemostasia definitiva del lado que se opera. Se sigue con el ligamento redondo, donde nos encontraremos con la arteria del mismo nombre y se procederá á su ligadura; una vez efectuado este tiempo operatorio, tendremos que ligar la arteria uterina, que se reconocerá fácilmente por sus latidos, haciendo imposible su confusión con el uréter: efectuadas estas ligaduras, incidiremos el ligamento ancho de arriba hacia abajo. Se procede de la misma manera para el lado opuesto, y entonces, una vez que se ha terminado con él, se procede á tallar un colgajo peritoneal en la cara anterior del útero: se lo toma con una pinza de reparo y falta únicamente seccionar el cuello uterino, lo que se hará á tijera, termo-cauterizando inmediatamente el muñón uterino que queda. Se procede á la peritonización, previos dos ó tres puntos profundos que pasarán en pleno tejido uterino. La histerectomía se halla terminada y se cierra la pared abdominal.

Este procedimiento presenta las siguientes ventajas, á saber: se obtiene una hemostasia perfecta, es método de elección en una gran mayoría de los casos, es conservadora, pues se puede dejar parte ó todos los anexos de un lado y por último de rápida y fácil ejecución evitando en gran parte las infecciones peritoneales beneficios suficientes para ser elegido como método de predilección.

Cualquiera que fuere el método elegido para la intervención, suele suceder que por caseificación de las masas tuberculosas ó de algún foco purulento que se halla abierto durante el acto operatorio peligran el éxito de la operación y por lo tanto consideramos muy prudente seguir el procedimiento en estos casos de lavar con éter la pelvis y luego dejar un drenaje por vía vaginal, el que no hace peligrar el éxito operatorio evitando nuevas aberturas del vientre por posibles complicaciones.

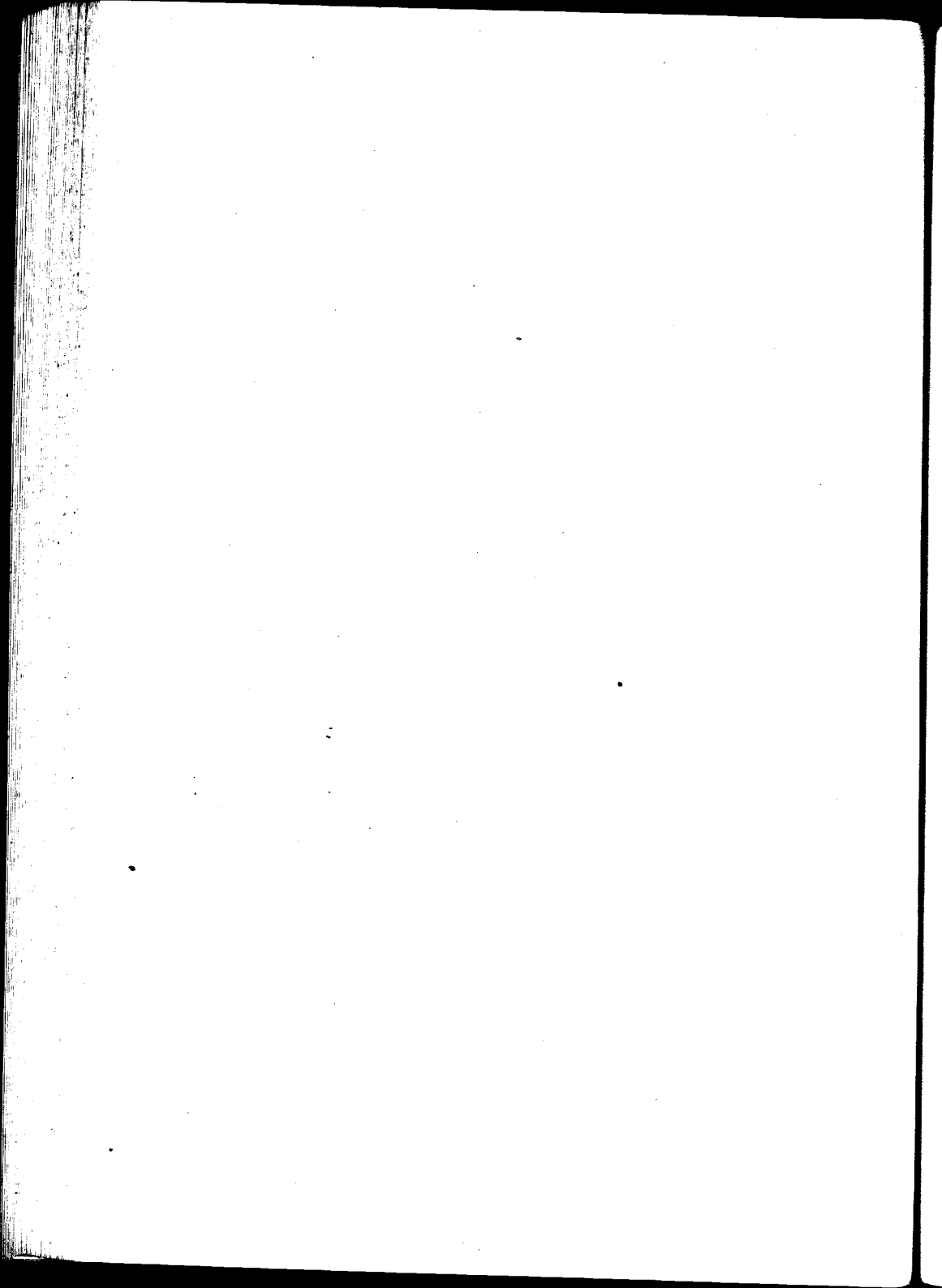
En aquellos casos que existe una peritonitis conjuntamente con una lesión útero-anexial, creo que es muy indicado, especialmente en las formas ascíticas y fibro-caseosas la laparatomía, la que aun cuando no se sabe como obra; ya sea por irritación del peritoneo, ya por el aire, ya por el desagote de la cavidad peritoneal, etc., en conclusión parece que exitara la fagocitosis y con ella la secreción de sustancias bactericidas, favoreciendo el proceso fibro-adesivo, que es condición anatómica necesaria para la curación.

Cualquiera de estos métodos bien empleado da óptimos resultados, indudablemente es necesario encontrarse frente á un caso para poder hacer la selección de uno de ellos y una vez elegido el método á emplear, en su conjunto se lo seguirá, pero en sus detalles primará el criterio del operador.

OBSERVACIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

DEL

HOSPITAL ITALIANO



Observación I

C. Y., 17 años, italiana, soltera.

Fecha de ingreso.—25 de Julio de 1910.

Alta.—21 de Octubre de 1910.

Estado á la salida.—Muy mejorada.

Diagnóstico.—Tumor supurado de los anexos formando cuerpo con el útero, de origen tuberculoso. Adenitis tuberculosa del cuello.

Tratamiento.—Laparatomía mediana sub-umbilical.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo adenitis cervical á los dos años, refiere haber tenido una afección á la vista que le duró varios años. Sarampión á los ocho años y al poco tiempo fiebre tífus. Menstruó á los trece años siendo normales hasta un mes antes del comienzo de su enfermedad actual.

Enfermedad actual.—Refiere que hace cinco meses sin una causa apreciable, sintió de improviso

fuertes dolores en el bajo vientre acompañados de fiebre siendo esta nocturna y no desapareciendo hasta su ingreso al servicio. Sus dos últimas menstruaciones se han vuelto leucorreicas, muy dolorosas con especialidad en la región lumbar y el cuadrante inferior del abdomen. Tiene sudores nocturnos, las defecaciones han sido casi siempre normales y sus micciones muy dolorosas.

Estado actual.—Enferma relativamente pálida, conjuntiva ocular anémica, de nutrición en decadencia, las escleróticas presentan un brillo especial y sus cejas son muy abundantes y largas. El vientre que á la inspección no deja ver nada de particular, á la palpación deja sentir á tres traveses de dedo por debajo del ombligo una tumefacción grande y renitente que ocupa más ó menos la línea mediana y que á la derecha es excesivamente dolorosa, existe igualmente en ese mismo lado mayor resistencia muscular. Por medio del tacto rectal se siente una tumefacción de consistencia elástica, del volumen de una cabeza de feto á término la que ocupa la entrada de la escavación pélvica quedando fija á pesar del choque del dedo el que siente ceder la pared del tumor que vuelve á recuperar inmediatamente su forma primitiva. La palpación combinada con el tacto rectal demuestra lo anteriormente mencionado más una sensación de renitencia al dedo que efectúa el tacto.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Ambar
Aspecto	Turbio
Sedimentos.....	Escasos
Espuma.....	Blanca
Reacción.....	Acida
Densidad.....	1,016
Urea.....	24,50
Cloruros	7,20
Fosfatos.....	2
Elementos fijos.....	44,27
Albúmina	Rastros
Glucosa	No hay
Bilis.....	No hay
Indican.....	Vestigios
Pus	No hay
Urubilina.....	No hay
Hemoglobina.....	No hay
Elementos minerales: fosfatos térreos	
Elementos organizados: abundantes	
células planas y algunos leucocitos	

Dermo-reacción francamente positiva

Operación.—15 de Agosto de 1910.

Operador.—Doctor Lenzi.

Laparatomía mediana sub-umbilical. Se encuentra escondido por fuertes adherencias ligamentosas

un voluminoso tumor supurado que forma cuerpo con el fondo del útero originado por el anexo derecho, del cual no se reconoce más ni el ovario, ni la trompa. Este tumor es adherente al recto, el cual es incindido y suturado, se hace extirpación del útero, de la trompa y del ovario izquierdo los que se hallan llenos de pus. Como el apéndice se encuentra adherente al tumor, se lo extirpa encontrando un poco de pus en su meso. Se cierra dejando un drenaje abdominal. En el pus se encontraron bacilos de Koch.

Segunda operación.—Se extirpan los ganglios tuberculoso del cuello.

Observación II

A. A. P., 24 años, italiana, casada.

Fecha de ingreso.—12 de Abril de 1913.

Alta.—22 de Mayo de 1913.

Estado á la salida.—Mejorada.

Diagnóstico.—Pelvipерitonitis tuberculosa con salpingo-ovaritis del mismo origen.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No ha tenido ninguna de las enfermedades eruptivas propias de la infancia. Se casó á los 21 años, no habiendo tenido ni embarazo ni aborto. La paciente dice tener hace varios años sudores abundantes especialmente nocturnos, habiendo disminuído muchísimo de peso. Sus menstruaciones son relativamente periódicas, siendo su última el 15 de Mayo en muy escasa cantidad. Tiene leucorrea abundantísima desde hace siete ú ocho meses.

Enfermedad actual.—Refiere la paciente que el comienzo de su enfermedad se remonta al mes de Enero del corriente año, comenzando con dolores

que variaban de intensidad en ambas fosas iliacas con especialidad del lado izquierdo. Ha tenido fiebre que iba acompañada de vómitos; en un principio era constipada pero desde hace unos 15 días tiene diarrea profusa. Siente fuertes ardores al orinar.

Estado actual.—Enferma de facio pálida, ojos escavados con demacración intensa y pómulos salientes. Abdómen abovedado con una red venosa abundante, la piel se halla algo distendida y es dolorosa. No existen alternativas de matitez y sonoridad. Organos genitales externos bien, cuello de nulipara; fondo de saco posterior saliente, doloroso y renitente al tacto. Es difícil palpar los órganos genitales, al nivel del parametrio izquierdo se palpa un tumor renitente mal delimitable sucediendo lo mismo en lado derecho.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Ambar
Aspecto.....	Turbio
Sedimentos.....	Abundantes
Espuma.....	Blanca
Reacción.....	Acida
Densidad.....	1,020

Urea.....	30,2
Cloruros.....	11,5
Fosfatos.....	1,2
Elementos fijos.....	7,905
Albúmina.....	0,2 ‰
Glucosa.....	No
Bilis.....	No
Indican.....	Rastros
Pus.....	No hay
Urobilina.....	No hay
Hemoglobina.....	No hay

Elementos minerales: fosfatos térreos

Elementos organizados: Abundantes
células vaginales y algunos leucocitos.

Dermo-reacción.—Francamente positiva.

Examen del líquido extraído por punción:

Albúmina, 3 ‰

Rivolta, positivo.

Citológico, discreta cantidad de linfocitos.

Operación.—22 de Abril de 1913.

Operador.—Doctor Rosasco.

Efectúa una colpotomía posterior por donde sale abundante cantidad de pus. Se le hacen curaciones diaria: cuando se halla mejorada y viendo que su tumor no disminuye el que sin duda es de origen tuberculoso, se le propone una operación radi-

cal que la paciente no acepta, por lo que se le da el alta algo mejorada.

Habiéndose hecho inoculación en un cobayo del pus extraído por punción se tuberculiza á los 20 días.

Observación III

J. A., 16 años, soltera, argentina.

Ingreso al servicio.—2 de Noviembre de 1913.

Alta.—16 de Diciembre de 1913.

Estado á la salida.—Curada localmente y muy mejorada en su estado general.

Diagnóstico. Quiste hidatídico del hígado y tuberculosis útero anexial.

Tratamiento.—Laparatomía mediana.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Refiere haber sido siempre sana. Menstruó á los quince años siendo estas muy irregulares, cada quince días, con una duración de 7 á 9 días siendo dolorosas.

Enfermedad actual.—Al decir de la enferma comienza su enfermedad hace tres años notando á la altura del reborde costal derecho un tumor móvil del tamaño de una mandarina que era indoloro y que fué aumentando de volumen haciéndose doloroso en este último tiempo. Constipada habitual, orina bien. Ha disminuído unos diez kilos de peso, tiene

sudores nocturnos, con un poco de tos sin expectoración. Este último mes ha debido guardar cama pues refiere haber tenido fiebre que oscilaba entre 37 y 41 grados.

Estado actual.—Enferma en malas condiciones de nutrición, pálida, con esclerótica anémica y lengua saburral.

A la palpación del hígado se nota un tumor del tamaño de un gran huevo de pato que forma parte del borde inferior del hígado acompañándolo en sus movimientos respiratorios.

El vértice izquierdo del pulmón á la percusión nos da un sonido submate, á la auscultación rales húmedos y un soplo suave y profundo.

El examen de los órganos genitales por medio de la palpación externa no se efectúa á causa de una resistencia de sus paredes. Al tacto combinado nos da un empastamiento de ambos fondos de saco siendo estos muy dolorosos: por la vagina sale un líquido purulento de olor fétido en regular cantidad.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Ambar
Aspecto.....	Límpido
Sedimentos.....	Abundantes
Espuma.....	Blanca •

Reacción.....	Acida
Densidad.....	1,024
Urea.....	22,66 $\frac{0}{100}$
Cloruros.....	10 $\frac{0}{100}$
Fosfatos.....	3 $\frac{0}{100}$
Elementos fijos.....	3,256
Albúmina.....	No
Glucosa.....	No
Bilis.....	No
Indican.....	Sí
Pús.....	Sí
Urubilina.....	Rastros
Hemoglobina.....	No

Elementos minerales: Fosfatos en gran cantidad.

Elementos organizados: Células vaginales y células de pús.

Análisis del esputo.—No se encuentra bacilos de Koch; existe un diplococo que toma el Gram y formas bacilares parecidas al bacilo de Pfeiffer.

Widal.—Al 1 por 50, negativo.

Dermo reaccion.—Intensamente positiva.

Operacion.—12 de Noviembre de 1913.

Operador.—Doctor Marino.

Laparatomía mediana con una incisión que se extiende desde el apéndice xifoide hasta el púbis. Se hace la estirpación del quiste hidatídico del hi-

gado. Ooforo-salpingectomía y histerectomía total, curetaje de las fungosidades. El recto presenta una pérdida de tejido de dos centímetros, se efectúa la apendicectomía: se sutura la pared abdominal completamente y se deja un drenaje vaginal. La incisión curó por primera.

Curaciones.—Se efectúan unas doce curaciones y la enferma sale del hospital muy mejorada.

Por noticia que recibo frecuentemente se que la enferma ha mejorado mucho, habiendo aumentado 12 kilos de peso.

Observación IV

C. T., 23 años, argentina, viuda.

Fecha de ingreso.—2 de Julio de 1914.

Alta.—26 de Agosto de 1914.

Estado á la salida.—Curada.

Diagnostico.—Tuberculosis anexial.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—De pequeña tuvo sarampión. Menstruó á los 12 años siendo periódicas regularmente abundantes, y no dolorosas. A los 18 años al final de una de sus menstruaciones tuvo una hemorragia que le duró 5 días. Contrae matrimonio á los 21 años, muriendo el esposo á los ocho meses de tuberculosis pulmonar. Ha sido muy constipada.

Enfermedad actual.—Al decir de la enferma su malestar comenzó hace unos diez días con una fuerte descompostura de vientre caracterizada por dolores inconstantes y sin lugar de predilección. A los siete días sus dolores se hicieron más marcados en el hipogastrio y en la fosa iliaca izquierda.

Durante el periodo de su enfermedad ha tenido fiebre que no sobre pasó de los 38 grados y $\frac{1}{2}$. Sus micciones son dolorosísimas.

Estado actual.—Enferma demacrada y en regular estado de nutrición, sin ninguna anomalía en su aparato circulatorio y respiratorio.

Su vientre es ligeramente abovedado, doloroso espontáneamente y á la presión. La palpación en la fosa iliaca izquierda resulta muy dolorosa donde se alcanza á palpar un empastamiento del tamaño de un puño.

Casi es imposible efectuar el tacto combinado por la reacción dolorosa, pero sin embargo se llega á palpar un tumor en el fondo de saco izquierdo desplazable que se encuentra como caído en el fondo de la pélvis.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Turbio
Aspecto.....	Turbio
Sedimentos.....	Abundantes
Urea.....	23,40 ‰
Cloruros.....	6 ‰
Fosfatos.....	1,5 ‰
Elementos fijos.....	5,043
Espuma.....	Blanca
Reacción.....	Ácida

Densidad.....	1,022
Albúmina.....	Rastros
Glucosa.....	No
Bilis.....	No
Indican.....	No
Pús.....	No
Urobilina.....	No
Hemoglobina.....	No

Elementos minerales: fosfatos y úrea en abundancia.

Elementos organizados: Células planas y vaginales, abundantes leucocitos.

Dermo-reacción.—Debilmente positiva.

Operación.—31 de julio de 1914.

Operador.—Dr. Marino.

Incisión mediana, se llega á los órganos genitales, encontrándose estos adheridos á las ansas intestinales que se desprenden con mucha dificultad. Se efectúa un vaciamiento completo de la pelvis. Se peritoniza completamente dejando un drenaje vaginal. Se efectúa la apendicectomía.

Curación por primera. Lavajo peritoneal con eter. Curetaje de fungosidades. Peritonización. Alta.

Observación V

R. B. V., 19 años, argentina, soltera.

Fecha de ingreso.—9 de octubre de 1913.

Alta.—4 de noviembre de 1913.

Estado á la salida.—Muy mejorada.

Diagnóstico.—Anexitis tuberculosa.

Tratamiento.—Laparatomía mediana.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—De pequeña tuvo sarampión. Bronquitis á los diez años que fué muy rebelde para su curacion. Menstruó á los 11 años siendo estas periódicas, regularmente abundante, algo dolorosas con una duracion de 5 á 6 días.

Enfermedad actual.—Hace más ó menos cuatro meses que comienza su enfermedad, con dolor en el bajo vientre especialmente en la época de su menstruacion, refiere que por las tardes tenía sudores abundantes que iban acompañados de un poco de fiebre y una postracion tal que le fatigaba el menor movimiento. Sus menstruaciones en estos últimos tiempos se habían hecho escasísimas, con una dura-

cion de un día y su sangre era de un color rosa pálido. Desde hace unos tres meses que la paciente nota que su vientre ha comenzado á hincharse lentamente por más que esto no influyó en su síntoma dolor. Es seca de vientre teniendo que hacer uso frecuente de los enemas. Siente frecuentes necesidades de orinar siendo acompañadas de ardor.

Estado actual.—Enferma pálida con dos manchas rojas muy pronunciadas en sus pómulos con un estado de nutricion bueno y bastante panículo adiposo. A la inspeccion del vientre se nota que este es globuloso presentando algunas redes venosas. A la palpacion se aprecia que él es distendido, difícilmente palpable y doloroso en ambas fosas ilíacas con especialidad á izquierda. Al tacto rectal sentimos en el fondo de saco un tumor blando, renitente que se rechaza fácilmente con el dedo para volver prontamente á su forma primitiva.

Dermo-reacción.—Francamente positiva.

Análisis del pus.—Se encuentran algunos bacilos de Koch.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Ambar
Aspecto.....	Claro
Sedimentos.....	Escasos
Espuma.....	Blanca

Reacción.....	Acida
Densidad.....	1,008
Urea.....	20,05 $\frac{0}{100}$
Cloruros.....	6,05 $\frac{0}{100}$
Fosfatos.....	1,45 $\frac{0}{100}$
Elementos fijos.....	41,69
Albúmina.....	Rastros
Glucosa.....	No
Bilis.....	No
Indican.....	Vestigios
Pus.....	No
Urobilina.....	No
Hemoglobina.....	No

Elementos minerales: fosfatos terreos
Elementos organizados: células planas,
algunos leucocitos.

Operación.—14 de Octubre de 1913.

Operador.—Doctor Rosasco.

Laparotomía mediana sub-umbilical encontrándose los anexos y el útero con fuertes adherencias al peritoneo parietal estando éste sembrado de abundantes tubérculos. Hay pus en la pelvis. Se extrae un fragmento del ovario y se lo envía al laboratorio dando positivo el Koch. Se cierra la pared en tres planos curando por segunda.

Debido á la gentileza del doctor Rosasco he podido ver la enferma pocos días antes de escribir este

trabajo y pude observar que su lesión pélvica había curado en apariencia por lo menos, pues no sentía ni dolor ni trastornos en sus menstruaciones que se había normalizado. Hoy ha comenzado una lesión bacilosa de su pulmón izquierdo por la cual es aconsejada de ingresar á un hospital.

Observación VI

G. C.—30 años, casada, italiana.

Fecha de ingreso.—14 de Febrero de 1915.

Alta.—20 de Marzo de 1915.

Estado á la salida.—Curada.

Diagnóstico.—Tuberculosis útero-anexial.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tifoidea en la primera infancia, menstruó por primera vez á los quince años siendo periódicas y abundantes. Se casó á los veinte años teniendo tres embarazos con parto feliz, feto vivo y á término: su último parto data de cinco años. Menstrua aún regularmente siendo abundante, de una duración de siete días ó mas. Marido sano.

Enfermedad actual.—Dice que antes de su último parto sintió un fuerte dolor en el púbis que pasó antes del alumbramiento. Después de este dolor se sintió relativamente enferma hasta el presente con abundante pérdida de flujo amarillo y hará unos siete meses que su dolor se ha vuelto intolerable. Refiere la enferma haber tenido fiebre que iba acom-

pañada con chuchos de frío. Dice haber adelgazado mucho, su apetito ha desaparecido. Sus reglas desde hace un año y medio que tuvo una abundante metrorragia se tornaron escasas con duración de uno ó dos días.

Estado actual.—Enferma adelgazada y pálida, anémica, apirética, con noventa pulsaciones. A la palpación de su abdomen se encuentra en la fosa ilíaca izquierda un tumor de forma irregular, duro, fijo, algo doloroso. Al examen ginecológico; nada en los órganos genitales externos, al tacto se encuentra un cuello grande con orificio entre abierto de múltipara, el cuerpo del útero se halla rechazado á derecha por un tumor duro, poco movable, algo doloroso del tamaño de un puño. Este tumor da la sensación de haberse desarrollado en el ligamento ancho tomando trompa y ovario del lado izquierdo. En el fondo de saco derecho nada de particular salvo un poco de dolor.

A la hysterometría que es de siete y medio centímetros se constata que el útero está desviado á derecha y un poco en anteflexión.

Cuti-reacción.—Francamente positiva.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Ambar pálido
Aspecto.....	Claro
Sedimentos.....	Escasos

Espuma	Blanca
Reacción	Ácida
Densidad	1,014
Urea	22,30
Cloruros	5,10
Fosfatos	1,30
Elementos fijos	2,525
Albúmina	No
Glucosa	No
Bilis	No
Indican	No
Pus	Hay
Urobilina	No
Hemoglobina	No

Elementos minerales: fosfatos.

Elementos organizados: células de la vagina, escasos leucocitos.

Operación.—20 de Febrero de 1915.

Operador.—Doctor Marino.

Laparatomía mediana sub-umbilical, á la apertura del vientre se encuentran adherencias epiploicas, el ovario derecho es quístico del tamaño de una mandarina, el ovario izquierdo es del tamaño de una naranja conteniendo pus fétido; ambas trompas se hallan engrosadas del tamaño del pulgar. Se efectúa una histero-oforo-salpigectomía á la Faure.

Apendicectomía: peritonización y cierre de la pared abdominal en tres planos.

Curación por primera.

Observación VII

C. R., 36 años, casada, italiana.

Fecha de ingreso.— 12 de enero de 1915.

Alta.— 20 de marzo de 1915.

Estado á la salida.—Curada.

Diagnostico.—Tuberculosis anexial.

Tratamiento.—Laparatomía mediana.

Antecedentes hereditarios.—No tiene importancia.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido ninguna enfermedad en la infancia. Menstruó por primera vez á los trece años siendo dolorosas y poco abundantes. Se casó á los 17 años teniendo un embarazo á término con parto feliz. A la edad de 27 años fué laparatomizada en el Hospital Rivadavia no sabiendo que intervencion le hicieron. Refiere la paciente que por tres años consecutivos siguió con sus dolores de vientre y cintura para luego desaparecer gozando de relativo bienestar. Hace seis meses que consecutivamente á una influenza le sobrevino una pulmonía que fué acompañada de fuertes dolores al vientre, el cual se encontraba disten-

dido. Hace unos tres meses que se le efectuó una colpotomía que dió salida á gran cantidad de pus siendo dada de alta del hospital en buen estado de salud.

Enfermedad actual.—Desde su última operacion la enferma tiene siempre pérdida de pus por su vagina, su menstruaciones se han hecho escasísimas y muy dolorosas. Como tuviera pérdida de pus en gran cantidad en estos últimos tiempos decide ingresar nuevamente al hospital.

Estado actual.—Enferma bien desarrollada, apirética, panículo adiposo poco abundante. Al examen de su abdomen se encuentra en la región hipogástrica, un tumor duro, fijo, no doloroso situado en la línea media. Al examen ginecológico se nota que hay una pérdida grande de pus amarillo áspero al tacto, haciendo presión sobre el vientre la salida de pus aumenta habiéndose extraído en una sola vez cerca de quinientos gramos. El tacto resulta muy dificultoso por el pus, sintiéndose únicamente un empastamiento de ambos fondos de sacos especialmente á izquierda.

ANÁLISIS DE ORINA

Color.....	Amarillo
Aspecto.....	Turbio
Densidad.....	1.020

Reacción.....	Acida
Espuma.....	Blanca
Sedimentos.....	Abundantes
Urea.....	17.08
Cloruros.....	6.10
Fosfatos.....	1.40
Elementos fijos.....	52.05
Albúmina.....	Hay
Glucosa.....	No
Bilis.....	No
Indican.....	No
Pus.....	No
Urobilina.....	No
Hemoglobina.....	No
Elementos minerales: escasos	
Elementos organizados: escasas células epiteliales planas y leucocitos en regular cantidad.	

Operación.—24 de febrero de 1915.

Operador.—Dr. Lenzi.

Se efectúa laparatomía mediana sub-umbilical. Nos encontramos con la ausencia de la trompa y ovario derecho. En la región mediana se encuentra un gran tumor desarrollado á espensas del ovario y la trompa izquierda que se halla muy adherente y da salida á un pus cremoso. Se hace una histerec-tomía á la Faure eliminando también el tumor con

suma dificultad especialmente en el fondo del saco de Douglas donde se hallan grandes adherencias debido probablemente á su colpotomía. Lavaje con eter y peritonización -alta á espensas del útero. Se deja un amplio tubo vaginal con drenaje. Se cierra la pared abdominal en tres planos.

No se efectúa la apendicectomía por temor de infectar al peritoneo debido al pus que se ha derramado.

TESEO RAGUSIN.

Buenos Aires, Mayo 18 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Fanor Velarde y al profesor suplente doctor Toribio Piccardo, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

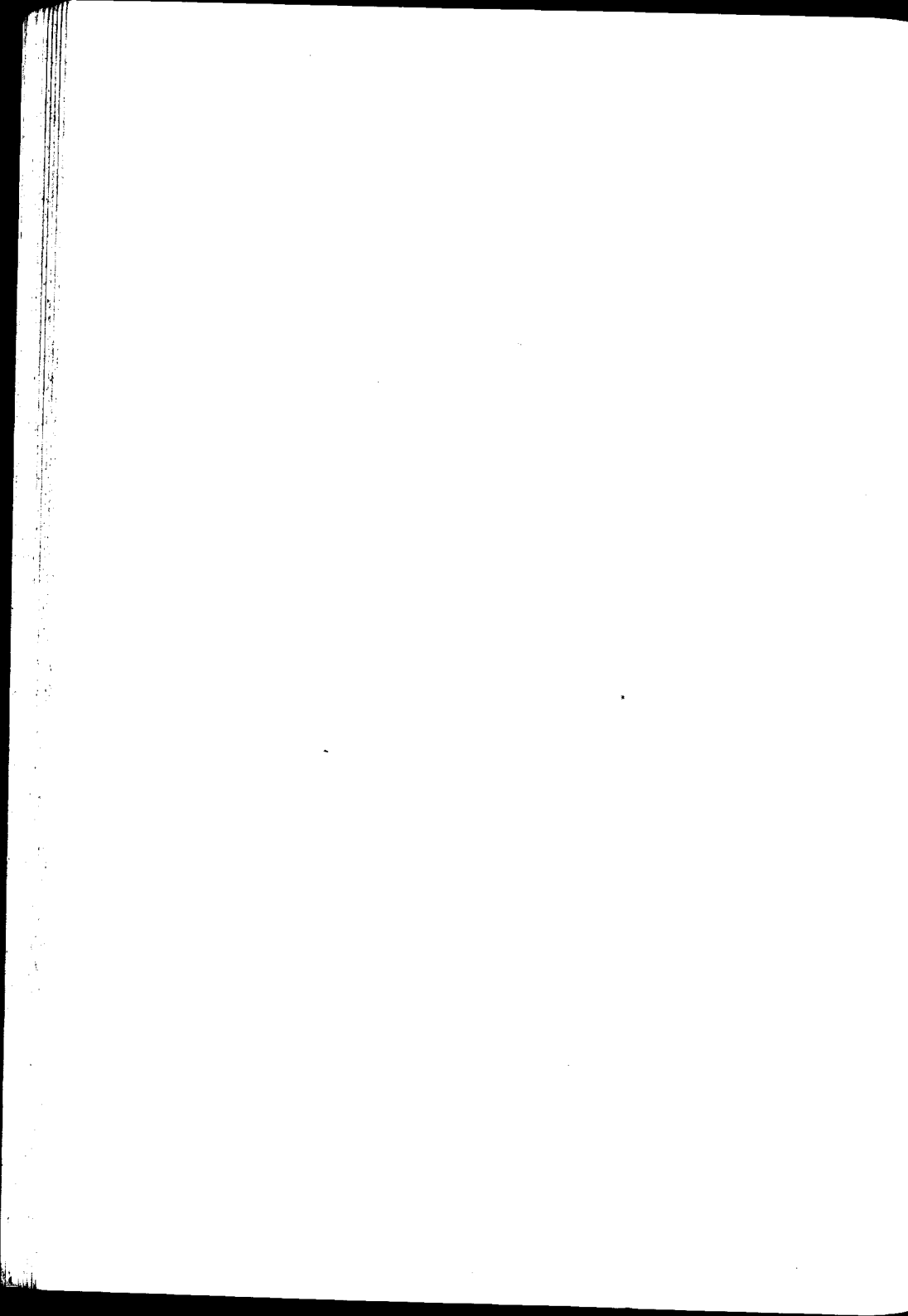
Buenos Aires, Junio 3 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2979 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

30742



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones quirúrgicas de la salpingo-ovaritis tuberculosa.

Baxterica

II

Acción del embarazo sobre la tuberculosis.

F. Velarde

III

Vías de infección en la tuberculosis útero-anexial.

T. Piccardo

