Año 1909 N.° 2009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Apendicitis y Anexitis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN D. PARDAL

FARMACÉUTICO

Ex-externo del Hospital San Roque (1907)

Ex-interno del Hospital Vecinal «Las Heras» (1908—1909)

BUENOS AIRES

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

737 — CALLAO — 737

1909

APENDICITIS Y ANEXITIS

Año 1909 N.º 2009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Apendicitis y Anexitis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN D. PARDAL

FARMACÉUTICO

Ex-externo del Hospital San Roque (1907)

Ex-interno del Hospital Vecinal «Las Heras» (1908—1909)

BUENOS AIRES

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

737 — CALLAO — 737

1909

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAG
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BEORI (Suplente)
» » JUVENCIO Z. ARCE

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	VACANTE
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI (en ejerc.)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	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
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. JOSÉ MARÍA CABALLERO

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

AL DOCTOR JOSÉ MORENO

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

En el transcurso de mis estudios, he tenido ocasión de cerciorarme de que á pesar de lo mucho que se ha escrito, existen todavía lagunas en la ciencia difíciles de llenar.

Yo no tengo la pretensión de alcanzarlo, solo la satisfacción de contribuir al estudio con la observación cuotidiana que he tenido ocasión de hacer, es lo que me lleva á presentar este tema, sin creerlo exento de crítica.

Nada nuevo se encontrará en mi tesis, cuyo único mérito es ser de actualidad evidente; confío en que otros dotados de más alcance harán lo que yo no he conseguido.

Al abandonar la Facultad, creed que el más grande sentimiento me acompaña, pues comprendo la incertidumbre del porvenir al iniciarse en la carrera; habituado á encontrar en vosotros toda be-

nevolencia y experimentada preparación científica, se nota la diferencia entre vuestra acogida bondadosa y la terrible perspectiva de la lucha por la vida,

Si este estudio que constituye mi última prueba, resulta pálido, cúlpese á la poca capacidad de su autor y al mal aprovechamiento que de vuestras sabias lecciones ha sabido hacer.

Solo me resta ofreceros mi eterno agradecimiento.

Antes de terminar, permitidme dedicar unas lineas de agradecimiento al Dr. José María Caballero quien me hace el honor de acompañarme como padrino de mi tesis.

Poniendo á mi disposición sus salas y su experiencia, ha cooperado eficientemente á este estudio, que si tiene algo digno de ser tomado en cuenta, es debido á su illustrada dirección.

Al Dr. José Moreno mi más profundo agradecimiento, pues al par que me ha honrado con su distinguida amistad, ha sabido inculcarme muchos conocimientos científicos, que son patrimonio del hombre estudioso y observador.

APENDICITIS Y ANEXITIS

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS— POSICIÓN, ESTRUCTURA, RELACIONES RECÍPROCAS, ETC. DE LOS ANEXOS Y DEL APENDICE—HISTORIA

Hay en la historia de las enfermedades de los anexos del útero, innumerables controversias, que si bien hasta el presente no han llegado al objeto deseado, de establecer definitivamente y con precisión, la parte que toca á cada uno de los órganos que los componen, considerados independientemente, por lo menos se puede concluir con los estudios realizados ultimamente, que las lesiones de estos órganos, tomados en conjunto, son justiciables de un diagnóstico y de un tratamiento, que dé por resultado la cesación de los males que afectan á la economía.

Aran y Siderey en 1858-60 respectivamente, entrevieron el rol que debía jugar en el tratamiento

de las anexitis, la inflamación de estos órganos, pero han sido necesarios estudios más acabados, sobre todo de cirugía abdominal y Anatomía Patológica, para aclarar y cortar de una vez las discusiones que se han suscitado á este respecto y Lawson Tait, en 1883 con sus operaciones de la salpingotomia, ha dado una nueva luz en el asunto.

En los tiempos actuales Pinard. Ferrier, Legours, Hartmann, en estudios concienzudos, luchan aún actualmente y de estos estudios, han resultado adelantos sorprendentes, en esta parte de la ciencia médica, la Ginecología.

Otro factor viene ahora á agregarse y á complicar aún más este estudio, ya por si tan escabroso; el apéndice con sus temibles lesiones, que por si solas, han suscitado tan largas discusiones y dado lugar á estudios no menos serios que las anexitis, entra ahora á oscurecer el diagnóstico con sus complicaciones.

La apendicitis data de 1888. Como se puede ver, es á una época reciente que remonta su descubrimiento. Si algunos la habían supuesto, se puede decir á ciencia cierta que no se conocía hasta esa fecha. En poco más de veinte años, su estudio ha llegado puede decirse, á ser casi concluido; y los cirujanos y clínicos han emprendido con tanto tesón su estudio, que se han escrito volúmenes, que tratan este tema con extensión y claridad.

Confundida, hasta esta fecha, con la tiflitis, porque se le suponía debido á la ingurgitación del ciego, por las materias fecales, se le llama también estercoral, por esta última causa. La consecuencia era la inflamación de las paredes del ciego.

Nosotros al tratar este tema, no tenemos la pretensión de introducir innovaciones en la ciencia médica; se ha escrito tanto, y por autores de competencia reconocida, que sería ridículo querer crear lo que ya está establecído; solo desearíamos contribuir con nuestro grano de arena, al estudio de estas enfermedades y hacer resaltar, ciertos puntos que más nos han llamado la atención, en la corriente de los cursos y de las enfermedades, que hemos tenido ocasión de tratar.

Antes de abordar de lleno, el tema que sirve de epígrafe á esta tesis, vamos á dar algunas nociones anatómicas del apéndice y anexos uterinos, nociones que nos son necesarias, para establecer el objeto de este capítulo.

Muestro objeto es este: dejar sentado que la propagación de la inflamación del apéndice, á los anexos del útero y reciprocamente, se hace por intermedio del peritoneo.

El apéndice ileoceal ó vermicular, como también se llama, ya sea que se considere su situación y relaciones, ó su forma de verme, órgano considerado inútil á la economía, puesto que no se le conoce

función alguna, hasta el momento actual, está situado en la fosa ilíaca derecha.

Morfológicamente considerado, es una dependencia del primitivo ciego *no desarrollado*, por lo que lleva también esta última denominación. De forma cinlindroide, más delgado en su extremidad libre, de dimensiones que varían de dos centímetros (caso de Ribbert), hasta 23 centímetros, (caso de Lutska), tiene término medio, de 8 á 10 centímetros.

Considerado topográficamente, la cavidad cecal lo aloja y le dá colocación variable.

Respecto al ciego, él tiene su punto de implantación, á dos ó tres centímetros, debajo de la válvula ileocecal, en la pared inferointerna de aquél órgano, precisamente en la confluencia de las tres bandas musculares del intestino grueso.

Su dirección variable, puede ser: interna, externa, ascendente ó descendente.

Esta última posición, es la que más nos interesa, por sus relaciones con los anexos uterinos y las lesiones á que dá lugar.

Organo esencialmente móvil, el peritoneo, lo rodea completamente, formándole un meso, el cual, fijando su base al ciego y al ileón, no le impide oscilar al rededor de ella. De esto resulta las diferentes direcciones que él ocupa y la posibilidad de verle tomar parte, en la formación de una hernia. Esta movilidad, puede faltar, tanto al estado nor-

mal como al estado patológico, cuando el peritoneo le forma un meso, cuyo borde se inserta sobre la membrana peritoneal de la fosa ilíaca; entonces, se reduce su movilidad y sus desplazamientos, son poco considerables.

La desaparición de la movilidad del apéndice, trae como consecuencia, los dolores agudos, llamados *crisis apendicular*, causa de que el apéndice, al no poder seguir á la masa intestinal, en sus desplazamientos, sufre los tirones, que esta le imprime. Las adherencias producidas en la apendicitis, son su causa ocasional.

La situación descendente del apéndice, la más frecuente de las posiciones, es interesante bajo el punto de vista de las relaciones de este órgano, con los de la pelvis.

En efecto, es frecuente ver al apéndice, adherir á los anexos, sobretodo, en los casos de inflamación; es además favorecida esta relación, por la longitud excesiva que suele tener el órgano, en estas posiciones descendentes.

En esta situación, el órgano está colocado debajo del ciego, en la parte interna de la fosa ilíaca; llega como decimos, al borde del estrecho superior de la pelvis, al que no alcanza si no tiene una longitud considerable.

Las otras relaciones, menos interesantes para nosotros, no dejan de tener su importancia. Colo-

cado atrás, su relación más importante se establece, con el músculo *psoas*, separado por la *fascia ilíaca*, el tejido subperitoneal y el peritoneo.

De esta relación resulta, que en los casos de inflamación del apéndice, ésta se propaga al músculo, originándose una *psoitis* como consecuencia.

Adelante se relaciona con la pared abdominal, y alguna vez con las ansas delgadas del intestino. Adentro con la masa intestinal, afuera con el ciego.

La constitución anatómica del apéndice, es la del ciego; cuatro túnicas lo forman: una serosa ó peritoneo apendicular; una musculosa; una celulosa y una mucosa.

El peritoneo, rodea al apendice completamente, tal como si fuera una ansa delgada; el apéndice no es más que una ansa intestinal en miniatura; el meso apéndice, resulta de este adosamiento del peritoneo.

En la mujer, el meso apéndice, está ligado algunas veces, al borde superior del ligamento ancho; del lado derecho, por un ligamento llamado por Clado, ligamento *apendículo ovariano*.

Como que en este repliegue, coloca Clado, los linfáticos, resultaría que la inflamación del apéndice podría propagarse por intermedio de él á los anexos y recíprocamente.

Más adelante diremos lo que hay de cierto relativamente á esta propagación.

La mucosa del apéndice es la misma que la del grueso intestino.

La importancia que toma, la debe al gran desarrollo de su tejido linfoide, que se ha comparado á una gran placa de Pleyer, y la apendicitis no sería otra cosa que una infección de este tejido adenoide submucoso; una foliculitis infecciosa.

La arteria apendicular, es una de las ramas terminales de la mesentérica superior; da las ramas arteriales, destinadas al apéndice.

La mesentérica desciende detrás del ángulo ileocecal, cruza por la parte posterior al íleon, se interna en el mesoapéndice y siguiendo su borde libre, lo acompaña hasta su terminación.

Algunas veces, es independiente de las otras ramas del ciego y por consecuencia, una embolia que resida en su origen, puede producir la gangrena apendicular.

Las venas del apéndice forman un tronco; la zona apendicular, que va á echarse en las venas del ciego, acompañando á la arteria.

Los linfáticos del apéndice desempeñan un papel importante en la patología de este órgano. Han sido estudiados por Clado, que les ha dado una importancia quizá exagerada. Los vasos linfáticos que nacen de estas formaciones linfoides, atravesando la musculosa, se continúan en los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascen-

dente y del mesentéreo y por medio de ellos, la infección puede extenderse hasta el peritoneo, y á lo lejos á la pleura, porque los linfáticos del peritoneo comunican con los de la pleura á través del diafragma.

Según Clado, los linfáticos del apéndice comunican con los del ovario y del útero, por intermedio del tejido celular peritoneo apendicular. Se ha invocado para explicar esta propagación, la existencia de un ligamento apendículo-ovariano, que conduce además de los linfáticos, los vasos y nervios espermáticos.

Este ligamento sería excepcional, según Futh, y su existencia es negada aún por Poirier y Cúneo, que han demostrado que no existe ninguna conexión entre los vasos sanguíneos y linfáticos del ovario y del apéndice.

Si este ligamento existe, no es sino un repliegue peritoneal, que pasa detrás del mesoapéndice y corresponde al meso de descenso del ovario.

En cuanto á los nervios del apéndice, se distribuyen en la musculosa y en la mucosa. Provienen del plexo solar, por el plexo mesentérico superior

ANEXOS

Dos repliegues peritoneales, envolviendo más ó menos los ovarios, las trompas y los ligamentos redondos, sirven á estos órganos como de sostén y

además, sostienen los vasos y los nervios que se dirigen á estos órganos y al útero, ó que vienen de ellos.

Estos dos repliegues son los ligamentos anchos, uno derecho y otro izquierdo, que á la manera de dos tabiques transversales, unen el útero á las paredes de la escavación pelviana.

De forma irregularmente cuadrilátera, su borde superior es libre, delgado y con un cierto grado de movilidad; sus otros bordes son espesos y se fijan á la pared lateral de la pelvis; vienen á formar, como las alas del útero.

Consideradas anatómicamente, estas dos láminas forman dos hojas serosas, una anterior, la otra posterior; cada una de ellas, doblada de una capa muscular, de fibras lisas y unidas por una capa célulo-vascular.

La parte superior de este ligamento ancho se extiende desde la trompa hasta el borde adherente del ovario y lleva el nombre de *mesosalpinx*; está formado únicamente de dos hojas peritoneales y no existe entre ellas más que una capa débil de tejido celular y algunos vasos.

Los ovarios, órganos sexuales de la mujer, están destinados á producir los óvulos y son además, órganos de secreción interna, cuyo producto es necesario al equilibrio fisiológico de la mujer.

De forma de almendra, sus dimensiones varían

de (20) á (25) m. m. de largo y (15) de ancho; de color rosado, se atrofia, después de la menopausa.

Se encuentra el ovario situado en el *cavum re-trouterino*, sobre la parte lateral de la escavación, detrás del ligamento ancho, al cual está fijo atrás y debajo de la trompa y delante del recto.

Por intermedio de un corto repliegue peritoneal, este órgano adhiere por su borde anterior á la cara posterior del ligamento ancho. Este repliegue ó alerón posterior, le permite oscilar de arriba á bajo é inversamente; está unido al cuerno úterino por medio de un ligamento, llamado úte-ro-ovárico, y en fin, á la pared de la escavación por medio del ligamente íleo-ovárico.

Todos estos ligamentos no son más que simples redes fibro-musculares, situadas en el espesor del ligamento ancho.

Entre las relaciones que presenta el ovario, con los órganos que le rodean, la más importante, tanto bajo el punto de vista fisiológico, como patológico, es la que tiene su cara interna ó uterina. Ella nos explica, en efecto, cómo el óvulo después de la ruptura del folículo de Graaf., puede penetrar en el canal tubario, y nos da cuenta por otra parte, como cuando la trompa está inflamada, la infección se propaga al ovario y porque en fin, en clínica, sobre todo, la ovaritis y la salpingitis coexisten casi siempre.

Las *trompas* ú *oviductos*, son dos conductos, uno derecho y otro izquierdo, destinados á recoger el óvulo en la superficie del ovario y conducirlo á la cavidad uterina; además están destinados á dar paso á los espermatozoides.

Sus afecciones producen la esterilidad, pueden además dar origen á perturbaciones, en la emigración del óvulo fecundado y dar lugar á los embarazos ectópicos.

Es un largo conducto cilindroide, que nace de la cavidad uterina, atraviesa las paredes del útero y desprendido de este órgano, en el punto de emergencia del ligamento redondo y el del ovario, se termina del lado de éste, por una parte evasada, en forma de embudo, llamada pabellón.

Los bordes de este último son dentados y cortados en un número más ó menos considerable de franjas, de 10 á 15 milímetros de longitud. Una de estas franjas, más larga que las otras, está fija al ligamento tubo-ovario, y se dirige hacia la extremidad superior del ovario; se le llama *franja ovárica*, y ella conduce el óvulo del ovario á la trompa.

Las dimensiones de la trompa varían de 10 á 12 centímetros de longitud y el ancho varía de 2 á 4 m. m.; en su origen, alcanzando 8 ó 9, al nivel de la ampolla.

Ella está escavada, de una cavidad ó *canal tubario*, cuyo diámetro varía, así como el de lo trompa misma.

Está situada en el alerón superior, del ligamento ancho, y se encuentra en relación hacia su parte interna ú horizontal, con las ansas delgadas; además, está en relación adelante con la vejiga y atrás con el recto, cuando estos órganos están llenos.

Está ella constituida por tres túnicas que son, yendo de la superficie exterior hacia la interior: una serosa, que depende del peritoneo del ligamento ancho.

Una muscular lisa, compuesta, de un plano profundo, de fibras circulares y un plano superficial de fibras longitudinales.

Una mucosa, compuesta de un epitelio, de células cilíndricas con cilias vibrátiles; esta mucosa se continúa con la del útero, y por otra parte, sobre el borde del pabellón, con el peritoneo.

En las salpingitis, las lesiones inflamatorias pueden quedar localizadas á la mucosa (endosalpingitis) ó invadir las otras túnicas y determinar entonces, bajo el nombre de salpingitis parenquimatosa, una lesión crónica.

AFECCIONES MAS FRECUENTES DE ESTOS ÓRGANOS

SU ETIOLOGÍA, ANATOMÍA PATOLÓGICA, PATOGENIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS, PROPIAS Á CADA UNA DE ELLAS—FRECUENCIA

Durante mucho tiempo, la correlación existente entre estas dos enfermedades, anexitis y apendicitis, ha sido considerada como mera coincidencia, y si bien es cierto que Pozzi había pensado en establecer una diferenciación, que diera por resultado el estudio comparado entre ellas, no ha llegado á abrirse camino, y sólo se pudo afirmar que la pelviperitonitis lecalizada á estos órganos como se le había considerado, no determinaba esta simple coincidencia.

Es verdad que es difícil afirmar si las lesiones se propagan de la trompa al apéndice, ó recíprocamente; pues si existen casos en que además de las lesiones apendiculares y salpingianas, hay otras

lesiones de vecindad; en otros casos, bien constatados, estas lesiones de vecindad no existen, y ponen de manifiesto entonces la dificultad del diagnóstico.

Por eso es necesario establecer difinitivamente el origen de la propagación de la inflamación, de un órgano á otro.

Se ha invocado, para explicar la propagación de làs inflamaciones del apéndice á los anexos y recíprocamente, una continuidad entre el tejido celular periceco-apendicular, y la existencia de un ligamento apendículo-ovariano.

Clado, ha sido el defensor de esta última teoría, aceptada por varios, entre otros Martín y Nägel.

Según ellos, los vasos y nervios espermáticos, los linfáticos del útero y del ovario, estarían colocados en él y así se explicaría la propagación de la infección.

Esta teoría, discutida y rechazada por Poirier y Cúneo, aún negada, no prueba que la infección se verifique en forma semejante.

Ultimamente, Poirier, niega, no solamente esta propagación, sino que llega hasta negar su existencia, y en caso de existir, no tiene interés alguno, bajo el punto de vista de las conexiones, entre las apendicitis y las anexitis.

La situación descendente del apéndice es por el contrario, una relación de causa á efecto, para ex-

plicar la propagación y ya Faure y Queen, citan casos, en que la extremidad del apéndice encajaba en el pabellón de la trompa.

Fournier en 1900, ha operado un cierto número de casos, en los cuales se veían adherencias íntimas, entre el apéndice y la trompa, siendo la extremidad del apéndice, la única parte adherente, lo más á menudo.

Este descenso del apéndice en la pelvis, bastante común en la mujer, facilita considerablemente estas propagaciones y en el 30 °/₀ de los casos, según Robinson, en que el apéndice desciende en la mujer hasta el piso pelviano, es atribuible á este hecho. que en la mujer, la pelvis es más evasada que en el hombre.

A esto se puede añadir que eficientemente, la presión del corsé, rechazando hacia abajo la masa intestinal, favorece la propagación. El parto también trae, como consecuencia, la relajación de los repliegues y establece así una relación más íntima entre los órganos en cuestión.

No es raro observar también, una tumefación anexial muy alta, dar origen á adherencias entre ésta y el apéndice; y tanto en este caso como en el de descenso de este órgano, la inflamación de uno de los órganos se propaga al otro, por simple contigüedad.

Un punto difícil de dilucidar es el siguiente:

¿Por cuál de los órganos comienza la inflamación?

Hay casos en que la respuesta es fácil, cuando, por ejemplo, al mismo tiempo que un apéndice perforado, existe un absceso, englobando los anexos de un solo lado.

En este caso, macroscópicamente, se puede establecer cuál ha sido el órgano origen de la propagación.

En estos casos, donde existe al mismo tiempo apéndice y anexos, formando un todo común y lleno de líquido purulento, la dificultad se pone de manifiesto, para resolver el problema, de cuál ha sido el punto de partida del absceso.

El bacterium coli, venido del intestino, ha sido incriminado para explicar esta propagación, de las inflamaciones de estos órganos y en realidad, su presencia en la trompa, no prueba que la salpingitis haya sido secundaria á una apendicitis.

Está plenamente comprobado por Hartman, que el bacterium coli da origen á salpingitis, sin intervención ninguna de parte del intestino.

Las infecciones genitales á base de bacterium coli, son conocidas y nada puede probar, que una infección apendicular haya tenido por origen una de aquellas de tipo ascendente.

Es cierto que en algunos casos, una infección á bacterium coli, venida del intestino, haya podido infectar, pero secundariamente, una colección que

primero fué anexial y «es así en el caso que cita »Hartman, que una enferma, portadora de una sal- »pingitis blenorrágica, conteniendo al examen bac- »teriológico el gonococo de Neisser; la colección »purulenta adhiere al apéndice; éste, rojo é infla- »mado, contenía además del gonococo, el bacte- »terium coli, lo que prueba que la infección gono- »cócica del lado derecho, como la del izquierdo »ha sido secundariamente infectada por el bacte- »rium coli, venido del apéndice».

La cuestión es, pues, dificultosa y si alguna vez, al simple examen macroscópico de las piezas extraidas, puede establecer cuál es el origen de la lesión, otras sólo el examen microscópico puede darnos una respuesta categórica.

Hay más; la coexistencia de las dos infecciones, apendicular y anexial.

Puede desarrollarse una inflamación apendicular, existiendo anteriormente una infección de los anexos y esto, sin que se haya hecho una propagación de un órgano á otro; también es cierto que en estos casos, la apendicitis ha sido favorecida en su desarrollo, porque las lesiones anexiales se acompañan la mayor parte de las veces de trastornos digestivos.

Estas lesiones intestinales son favorecidas por el simple hecho, de haber producido trastornos circulatorios, facilitando en su desarrollo, lesiones inflamatorias banales.

Y agregaríamos, que no solamente intervienen en estas perturbaciones los trastornos circulatorios, sino también y muy especialmente, los reflejos por vía nerviosa, cuya importancia sabemos, es grande en el funcionamiento del aparato digestivo, como lo prueban las crisis de vómitos incoercibles del embarazo; perturbaciones reflejas de las metritis, en una palabra, todas las asociaciones mórbidas del aparato nervioso peritoneal, al que se le ha denominado cerebro abdominal, que aparte de influir con perturbaciones vaso dilatadoras ó constrictoras, deben también impedir las funciones por vías más complejas.

Esto queda comprobado con el hecho que los trastornos menstruales, simples congestiones fisiológicas, son acompañadas tantas veces de trastornos intestinales y pueden llegar á provocar crisis agudas de apendicitis, en las cuales las lesiones crónicas aprovechan estas *pousses* congestivas, fisiológicas, para estallar en una crisis aguda, independientemente, de toda otra lesión patológica del aparato genital.

En una enferma operada por Hartman en 1902, y cuyo examen histológico de las piezas, fué hecho por Legueu, examen verificado sobre la trompa derecha y el apéndice, el resultado fué el siguiente.

«La trompa derecha presentaba lesiones de la »mucosa, que estaba muy inflamada; las franjas

»espesadas y acortadas, infiltradas de leucocitos y »de células redondas, la muscular y la serosa car- »gada de rastros de inflamaciones perivasculares »de células redondas. No había, pues, duda sobre »la existencia de una salpingitis subaguda total, »invadiendo todo el espesor del órgano.

»El apéndice al contrario estaba mucho menos »enfermo; la mucosa presentaba se estructura nor- »mal, los folículos cerrados y la napa reticulada »bien desarrollada; la submucosa y la muscular lo »mismo, absolutamente intactas; sólo la serosa pre- »sentaba un cierto grado de inflamación crónica, »con infiltación de células embrionarias y de leuco- »citos, alrededor de los vasos dilatados: se trataba, »pues, de una periapendicitis ligera al principio, »consecutiva á la salpingitis derecha».

Este caso es intermediario, bajo el punto de vista del objeto nuestro, al pretender demostrar la propagación de las lesiones de uno á otro órgano, por intermedio del peritoneo.

El examen microscópico, practicado sobre cortes, mostrando la existencia de las lesiones habituales de las salpingitis, hace ver que de este lado, no hay nada de particular.

Los cortes del apéndice, al contrario, son sumamente instructivos. En efecto, la túnica serosa, es la única atacada, infiltrada de células embrionarias y leucocitos, el tejido celular subyacente, pre-

senta igualmente, lesiones de inflamación, los vasos dilatados, están igualmente rodeados de células embrionarias.

Mientras tanto la mucosa, la submucosa y la túnica muscular, no presentan lesiones de ninguna naturaleza, en ellos continúa su estado normal, como si la relación tan íntima que presentan estas capas con la serosa, no pudiera ser motivo de establecer, la contigüidad de la lesión.

Se trata indudablemente, de una periapendicitis, puesto que las lesiones son manifiestamente, limitadas á las túnicas externas del apéndice.

Esto viene á afirmar más nuestra aseveración y es preciso incriminar á la serosa, como la única capaz de propagar la lesión.

Esto, en cuanto se refiere al hecho de anexitis, con apendicitis secundaria.

Pero otros casos se presentan, en que se trata precisamente de lo contrario; nos referimos á aquellos, en que las lesiones primitivamente apendiculares, han dado por resultado, la infección secundaria de los anexos y siempre por la misma vía la serosa peritoneal.

Obs.: Apendicitis y anexitis secundaria. Ablación del apéndice. Curación.

Hospital Rivadabia. N. N., 21 años. Por primera vez fué tomada de dolores abdominales, vómitos, dolores en la fosa ilíaca derecha, dolores de

cabeza. Reglas regulares, comienzan á los 13 años. Es tratada y se siente mejorada.

Después de dos años proximamente, es tomada de crisis dolorosas en la fosa ilíaca derecha, con fiebre y vómitos. Tratada por apendicitis, cura en un mes.

Poco tiempo después, otro ataque, la obliga á guardar cama. Constipación habitual.

Estado actual: fosa ilíaca dolorosa á la presión; á la derecha y detrás del cuello, se nota una tumefacción dura y dolorosa, separada del cuello por un surco, adherida á la pared y por la palpación abdominal, se encuentra un poco arriba de la arcada crural.

Operada, se encuentran los anexos izquierdos sanos, mientras que los derechos, están fusionados con la cara posterior del ligamento ancho, la trompa aumentada de volumen y el pabellón perdido en las adherencias.

El apéndice pequeño, descendiendo en la escavación, llega á la cara posterior del ligamento ancho, al cual adhiere, está enteramente englobado por adherencias; se libera. el apéndice, se quita y se cierra el vientre. Curación.

El examen histológico de la trompa derecha y del apéndice muestra la capa muscular y la mucosa perfectamente normales é intactas; la mucosa en particular es enteramente normal y las franjas delgadas y festoneadas.

La serosa si, es espesada é infiltrada, de células embrionarias y resaltando á la vista, la existencia de una perisalpingitis, cosa semejante aunque en sentido contrario, á lo que explicábamos en el caso anterior, cuando hablábamos de periapendicitis por propagación.

El apéndice es al contrario el sitio de lesiones bien netas de apendicitis crónica. La submucosa presenta una infiltración embrionaria, perivascular que se interna en la muscular.

Hay focos de infiltración bajo la serosa y la musculosa es conservada.

Se trata en efecto, de una apendicitis antigüa que ha evolucionado hacia la cronicidad.

Fuera de los datos anatómicos é histológicos que con tanta claridad se ponen de manifiesto, podemos agregar este dato· que lo que es poco común en las salpingitis, los anexos del lado izquierdo no presentan lesiones y son los del lado derecho solamente los que están afectados, es decir, que las lesiones son unilaterales.

Además, las lesiones apendiculares son banales, mientras que la serosa y la submucosa, están cacacterizadas por una infiltración embrionaria de las más notables.

Sin embargo hay otros casos, en que al examen microscópico, el apéndice se apresenta, sin ninguna lesión apreciable.

Luego entónces, si la túnica serosa, es la única atacada por las lesiones, mientras que las otras túnicas, mucosa y musculosa, permanecen sanas, en los casos que citamos de periapendicitis, lo mismo que en las perianexitis, debe ser por esta vía serosa, que se hace la propagación.

Otras observaciones prueban, que la infiltración apendicular, en las mismas condiciones y en los mismos caracteres microscópicos, tomados recíprocamente, llegan á determinar de una manera tan categórica como la anterior, la producción de lesiones de perisalpingitís y que esta propagación se ha verificado, por intermedio de la serosa, puesto que las lesiones corresponden á ella sola, sin ninguna manifestación anátomopatológica de las otras túnicas.

Hay casos indiscutibles por otra parte, en que se ha visto un corrimiento apendicular, hacerse por la trompa y Hawkins, ha visto en una niña sin pasado genital, en la cual los anexos izquierdos eran sanos, el apéndice inflamado, encajado como un tapón en la trompa derecha, la cual estaba llena de púS.

Con todo lo anteriormente dicho, llegamos á estas conclusiones que creemos haber demostrado suficientemente:

1.º La inflamación de los anexos, es susceptible, de propagarse al apéndice, y reciprocamente, la

apendicitis puede ser el origen de una anexitis.

2.° Esta propagación de la infiamación, del apéndice á los anexos, y reciprocamente, se establece por medio de la serosa peritoneal.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LAS ANEXITIS

Demasíado conocidas hoy, las inflamaciones de los anexos de la mujer, pueden reducirse á tres principales:

En una primera categoría, pueden englobarse las infecciones de carácter banal, de fuente microbiana supurativa simple. La infección microbiana múltiple, en estos casos y sin carácter bien definido no puede hacerse de ella una característica.

Solamente, podría hacerse un grupo descriptivo, de los organismos que la producen, pero sin pretender especificar.

Todas conducen al mismo resultado y complican generalmente, las otras grandes categorías: *La infección puerperal y la blenorrágica.*

Las variedades que pueden presentarse son múltiples. Esta infección banal puede localizarse, en órganos de mujeres sin pasado genital, en una vir-

gen por ejemplo. Una inflamación es el verdadero resultado.

Una vulvitis en una virgen, nna simple vaginitis ó una metritis del cuello, rara vez una salpingo ovaritis. Esta infección benigna hasta entonces, no deja por esto, de exponer á accidentes deplorables, permaneciendo *in situ*, y aguardando una oportunidad para su desarrollo ulterior.

Una efracción de los epitelios, la debilitación de ellos, son causas suficientes, para que estos microbios de carácter nocivo, que á través de la vía abierta, han penetrado en las vías genitales, lleguen á ser el origen de una contaminación y á constituir una enfermedad con caracteres definitivos.

Una leucorrea de causa constitucional, desarreglo fisiológico puro, esta hipersecreción, son suficientes, creando un medio de cultivo excelente, para la colonización de los microbios exteriores, saprófitos ó piógenos.

Las mucosas vueltas frágiles, les abren las vías necesarias á su pululación y los ponen entonces en condiciones excelentes para su desarrollo.

La red linfática subepitelial, es el camino que han de seguir, como si fuera una vía que los conduce hasta los órganos profundos y el resultado final, es alcanzado; una salpingitis, está constituida.

Otras veces son causas más palpables, más cla-

ras; la masturbación, los tocamientos y excitaciones continuas, á que ciertas mujeres se someten; y otras más notables, la introducción de cuerpos extraños, en las vías genitales. Como se comprende, en este caso, no se necesita más, para que la propagación se efectúe.

El coito exagerado, sobre todo en las recién casadas, por el traumatismo que él produce, trae como consecuencia, la efracción de las vías externas; la violencia del traumatismo, ha sido su causa y la propagación de la inflamación se establece, sin embargo dice Pozzi: en un buen número de recién casadas, enfermas á causa del traumatismo del viaje de novios, sería más bien atribuible, al virus blenorrágico, que más ó menos atenuado, perdura después de una gota militar, mal curada, ó considerada inofensiva.

En fin, podemos hacer entrar en esta categoría, algunas infecciones de origen químico, que produciendo una efracción de las mucosas, tal cual sucede en las lesiones banales, de origen microbiano benigno, han puesto las mucosas en condiciones de infección.

Podemos resumir así: que haya simple erosión, infección profunda, por transporte directo del microbio, á la superficie de las vías genitales internas, ó traumatismo complicado, de linfagitis discreta, es siempre por el procedimiento banal, de la in-

fección sucesiva de las mucosas del exterior al interior, que se hace el arrastre inflamatorio.

Las supuraciones banales, tienen por causa, microbios no específicos, que á pesar de formar un vasto grupo, son mal definidos; estos microbios, obran de distinto modo, sobre los tejidos en que actúan.

Unos, llamados saprófitos, son considerados, como inofensivos para los tejidos vivos, porque inyectados aún, en cantidades considerables, en las cavidades, no producen mayores trastornos á la economía, á no ser los fenómenos tóxicos á que dan lugar, por la producción de *ptomainas*, que producen, pero no forman pus.

Solo existiendo en gran cantidad, pueden provocar deterioros, debido más, á la acción mecánica, que á un poder destructor; ó sinó encontrando, ya la vía abierta, á cuyo objeto, no han contribuido seguramente en muchos casos.

Quedan al exterior de los epitelios, esperando la oportunidad de manifestarse.

La supuración es producida por los microbios patógenos, y ella tiene por objeto la destrucción de los tejidos.

Sucede á veces que este proceso se detiene en su faz primera, y el resultado final no se cumple; la supuración no se produce; ha abortado, por lo menos, en el sitio primitivo de la infección.

Las nuevas ideas han disminuido la importancia de la supuración.

Por otra parte, las infecciones á distancia, no pueden ser prejuzgadas por esta terminación benigna, y esta detención del desarrollo del proceso, porque la corriente circulatoria, puede acarrear los microbios, que habían sido hechos importantes, para desarrollar sus propiedades, y llegados á este otro nuevo sitio, en los órganos, hígado y riñones, órganos de eliminación, ó en los aparatos linfáticos y ganglios, estos mismos microbios pueden desempeñar sus funciones, es decir, conducir á la supresión. Así se producen esas infecciones pelvianas á distancia, sin que haya sido necesario para esto, la provocación de ellas, por una infección venida del exterior.

La formación del pus, depende de circunstancias mal determinadas todavía y no se puede por lo tanto, dar mucha importancia, á la diferenciación entre los microbios piógenos.

Además, ciertos microbios específicos, como el de la tuberculosis, erisipela, tifoide, son capaces de producir pus y á pesar del hecho conocido, de que muchas veces se encuentran combinados sus efectos, se les diferencia en que no son piógenos, sino por accidente; mientras que en las lesiones que les son propias, afirman su virulencia.

En fin, queda la cuestión de las supuraciones sin microbios.

Según Doleris, esta opinión afirmada por Klemperer (1886), después discutida por Rossembach y Steinhaus, parece juzgada actualmente de una manera definitiva.

Experiencias de Grawitz y de Bary (1887), han establecido, que tomando todas las precauciones asépticas necesarias, la introducción de cuerpos inertes en los tejidos, no determina nunca la supuración.

Si algunas veces á pesar de todas las precauciones, se ha observado la formación del pus, es posible que las sustancias inyectadas, hayan modificado los tejidos, de manera que los microbios en el torrente circulatorio, encuentran un medio de cultivo favorable, en este *locus minore resistenciæ*.

INFECCIÓN BLENORRAGICA

El terreno más propicio para el gonococo, son los órganos genitales; de aquí la importancia que toma el microbio de Neisser, en las enfermedades del aparato genital de la mujer. Si consideramos exagerada la pretención de Sœnger, de que el 99 c/o de las salpingitis son de origen blenorrágica, no es menos cierto, que la mayor parte de las inflamaciones anexiales tienen por causa este microbio.

El gonococo, gana insidiosamente los anexos, y el ciclo habitual de esta afección puede resumirse así: una gota militar, despreciada, ya sea por negligencia ó porque es reputada inofensiva, es el origen de la contaminación.

Una endometritis, es la consecuencia obligada de la penetración y cultivo del gonococo, en el epitelio cilíndrico.

Esta endometritis, hecha crónica, tiende á ganar por continuidad de tejido, la mucosa del cuer-

po, luego la mucosa tubaria y el peritoneo; sea que la infección llegue por el pabellón de la trompa, ó que se propague, por penetración transparietal, sobre el repliegue seroso que envuelve al órgano.

La distinción entre la infección puerperal y blenorrágica, es capital; mientras que el estreptococo necesita una efracción del tejido mucoso, para penetrar y desempenar sus funciones; el gonococo produce lesiones superficiales, sobrepasando poco el espesor del endometrio; es una enfermedad de la mucosa, que se propaga en superficie, poco á poco, á lo largo de la cavidad útero-tubaria, lo mismo que la uretritis en el hombre, produce una lesión de la vejiga ó del canal derefente.

La anatomía de los órganos genitales, nos explica suficientemente esta comparación.

La embriología, puede también darnos luz en este asunto.

Anatómicamente, las trompas no son más que un prolongamiento del útero, y embriológicamente consideradas, derivan del mismo canal de Müller; histológicamente, su estructura es la misma, y su epitelio cilíndrico es favorable á la penetración del gonococo.

INFECCIÓN PUERPERAL

La puerperalidad es una de las causas que puede ser puesta á la cabeza, en la inflamación de los anexos.

Un parto, y sobre todo, un aborto mal tratado; el abandono prematuro del lecho, dando por resultado la falta de involución del útero, son causas suficientes para poner á este órgano en condiciones de debilidad, y falto de este poder de defensa, es vencido en la lucha, hay un *locus minoris resistenciæ* y la metritis, se establece.

En las metritis port-abortum, la retención de los restos de placenta, son un foco de infección, un medio de cultivo, favorable al desarrollo del estreptococo.

El traumatismo, ocasionado por el pasaje de huevo, ó el feto, ponen al órgano en condiciones de receptibilidad de las más temibles. El error en los procedimientos contemplativos, en el tratamiento,

error cometido todavía por algunos, crean para el porvenir una enfermedad, cuyas consecuencias se ven diariamente.

La falta de asepsia, en la clase menesterosa y hasta en las otras clases, por negligencia ó ignorancia de las personas encargadas de sus cuidados, es otra causa no menos cierta, que trae las mismas consecuencias.

Hoy, con el empleo de la asepsia y el tratamiento enérgico, sobre todo en los abortos, con restos de placenta, tienden á disminuir la infección puerperal, cediendo el campo á la infección blenorrágica.

En las mujeres atacadas de blenorragia en el momento del parto, el gonococo no hace más que favorecer la infección puerperal, dando origen á esa temible infección mixta, puérpero-blenorrágica, pues se sabe que los microbios actúan con más potencia, en combinación, que aisladamente, cuando no son antagonistas.

La exploración y las intervenciones obstétricas, tienen también su parte y es sabido que para que una intervención, esté desprovista de peligro, es necesario, no solamente que la mano del operador, esté completamente libre de todo gérmen capaz de producir una infección; es necesario también que la vagina, haya sido tratada por lavajes sucesivos, con los cuales se consigue desembarazarlas

de los gérmenes que normalmente pululan en la mucosa.

El bacilo de Köch, ha sido incriminado como productor de una salpingitis llamada tuberculosa y aunque rara, lo cierto es que existe.

Se ha dicho que el coito, llevando en el esperma los bacilos, podría engendrarla, pero no está suficientemente probado, para aceptarla y más aceptable sería la teoría de la auto-infección, en la que el órgano vector, sería el aparato circulatorio, y sino ahí están los casos de vírgenes, cuyos anexos no escapan á la infección.

El bacilo introducido en la circulación pulmonar ó intestinal, puede haberse fijado sobre las trompas inflamadas, aprovechando la poca resistencia y engendrar esas inflamaciones *pretuberculosas*, cuya hipótesis tiende á prevalecer hoy.

Esta manera de ver se puede comprobar fácilmente con la observación de las salpingoovaritis caseosas, que se encuentran en algunos casos, de tuberculosis general, como tenemos una observación reciente. Se trata de una autopsia efectuada en el Instituto de Anatomía Patológica, por el doctor Llambías.

Abril 11 de 1909.—Protocolo de autopsia n. 58.

Matilde F., 17 años, soltera, argentina, profesión q. d.

Falleció el 11 de Abril de 1909 en el H. de Clínicas, cama n. 25.

Diagnóstico. Tuberculosis pulmonar ulcerosa, metritis tuberculosa, salpingo-ovaritis tuberculosa. Pleuresía adhesiva, peritonitis adhesiva, tuberculosis intestinal.

Utero, tamaño normal: haciendo una sección longitudinal, observamos que la mucosa y parte del cuerpo, tienen una coloración amarillenta y que se disgrega fácilmente.

Las trompas están duras, presentando espesamientos que las asemejan á un rosario; al corte se vé que su luz está obstruida por una masa caseosa que se confunde con la mucosa.

El ovario izquierdo es grande, duro, y con partes de coloración amarillenta.

Las deformaciones congénitas, por si solas, son también una causa predisponente, cuya morbidez salta á la vista.

Las fiebres eruptivas, la sífilis y la actinomicosis han engendrado anexitis, pero son rarísimas y se consideran curiosidades anatómicas.

En cuanto al origen intestinal de las anexitis, forman, puede decirse, el objeto de nuestra tesis y su desarrollo entra en el conjunto de nuestra exposición.

ETIOLOGÍA DE LA APENDICITIS

Ante todo, la apendicitis, tiene por causa primera, una infección de la cavidad y de las paredes del apéndice, y ésta ordinariamente resulta de la propagación de una lesión intestinal microbiana, pero algunas veces, puede hacerse por vía sanguinea, como en el caso, de un embarazo gástrico, de una grippe, de estafilacocia, ó por intermedio del peritoneo.

Los agentes esenciales de esta infección, son el colibacilo y el estreptococo, pero según lo han demostrado Malgaigne y Achard, lo más amenudo están asociados á otros microbios, entre ellos, los estafilococos y neumococos, y en las formas gangrenosas y fétidas, los microbios anaerobios, juegan un rol patógeno considerable.

Hemos dicho, que el hecho esencial de la apendicitis, es la infección, pero ésta puede ser, secundada ó favorecida, en sus manifestaciones, por otras

causas y condiciones propias de las disposiciones anatómicas del órgano, que tienen por objeto, agravar las lesiones ó localizarlas; pero estos no son sino elementos secundarios, en la patogenia de la afección.

En efecto, al principio, se dió una gran importancia, para explicar la patogenia de la apendicitis, á la presencia en este órgano, de cuerpos extraños, á los cuales se atribuía, en otro tiempo, todo el origen del mal.

Pero poco á poco, el conocimiento más perfecto del órgano en su estructura y funciones, lo mismo que los estudios de anatomía patológica, han conducido á despojarlo de la importancia, que se le daba antes y á colocar las cosas en su lugar, haciendo jugar, á cada una de las causas que intervienen, el roi, que verdaderamente le corresponde.

Es frecuente encontrar, en la cavidad del órgano inflamado, como así mismo, en el absceso apendicular, una ó varias concreciones, en forma de bolillas estercorales, más ó menos duras, que unas veces existen libres y otras fijas, ó contenidas en una cavidad, más ó menos cerradas.

Otras veces, aunque ésto constituya la excepción, se encuentra en la cavidad del apéndice, verdaderos cuerpos extraños, como semillas de uvas, expinas de pescado, fragmentos de hueso, pelos de cepillos de diente, etc., y aunque como ya hemos

dicho, esto constituye la excepción, han sido considerados largo tiempo, estos cuerpos extraños, como los verdaderos productores, de la enfermedad que nos ocupa.

Actuando de una manera, exclusivamente mecánica, estos, cuerpos, serían el origen de la apendicitis perforante aguda, ó intervendrían eficazmente, para exaltar, lá virulencia de los microbios patógenos, que obran en esta enfermedad.

Talamon, ha comprobado que estos cuerpos extraños, no son más que auxiliares de la infección y que una concreción formada por el ciego, que penetrase en el apéndice, al enclavarse en él, podría producir dos efectos: primeramente la obliteración del orificio del órgano y por consecuencia, la acumulación, de los productos de secreción de la mucosa, la acumulación de los microbios, que existen normalmente en este órgano y la exaltación de su virulencia, sería el resultado

Por otra parte, la compresión de las paredes del órgano, como consecuencia, de la acumulación de las materias introducidas y segregadas, que por efecto de la obliteración, serían estorbadas en su circulación.

De ésto resultaría la disminución de la vitalidad del órgano, condición favorable á toda infección y propicia. a las lesiones graves.

Para destruir esta interpretación, casi exclusiva,

que se ha querido dar en otro tiempo, podemos hacer constar, que la presencia del cálculo, no es constante y estas concreciones, lejos de venir del ciego, se forman en el apéndice.

Como prueba de los cuerpos extraños, no solamente inanimados, como las concreciones, sinó aún los animados, como los vermes, podemos citar esta observación del doctor José Moreno, referente á una autopsia, verificada en el Hospital Rawson, y cuyo protocolo, se halla archivado, en el Iustituto de Anatomía Patológica.

Se trata de un niño de 10 años, muerto de enteritis generalizada, con abundante diarrea serosa y en cuyo intestino, numerosas placas blanquecinas, redondeadas, demostraban la lesión. Pues bien, en el apéndice de este niño, se encontraron dos áscaris lumbricoides de unos 15 centímetros de longitud en totalidad, alojados en la luz de ese apéndice, comunicando con el ciego.

A pesar de las lesiones, de la mucosa intestinal, la cavidad del apéndice, librada de los vermes, no presentaba alteración alguna como tampoco la serosa. El apéndice muy dilatado, con sus paredes adelgazadas, era libre y sin signo alguno inflamatorio.

Hay un hecho innegable; si se transforma experimentalmente, una ansa intestinal, en una cavidad cerrada, ó el apéndice mismo, como lo han hecho

Roger y Josüe; de esta manera aprisionados los microbios, exaltan la virulencia y pueden hacerse, el foco de una infección polimicrobiana, cuyos principales agentes son el colibacilo y el estrepto-coco.

Tal es el principio de la cavidad cerrada, ardientemente «defendida por Dielafoy, ó si se prefiere, «los accidentes apendiculares ó peritoneales, resul-«tan de la transformación, de una parte del canal «apendicular, en una cavidad cerrada, en la cual se «elabora, un foco de infección y de intoxicación, «debido á la exaltación de la virulencia, de los mi-«crobios aprisionados.»

Ahora bien; sin pretender desconocer la personalidad de Dielafoy, podemos decir que esta teoría, en la actualidad, está perdiendo terreno, porque si en muchos casos, es verdadera, falla en algunos.

Roux, Bunn y Jalaguier, han constatado que el apéndice inflamado, queda frecuentemente permeable, y entonces, la obliteración. no sería más que un coadyuvante, un factor que vendría á agregarse á la gravedad de la infección y esta siempre sería la causa primordial.

Además, hoy se trata de explicar en muchos casos, la inflamación del apéndice, por intermedio del peritoneo, en los casos de anexitis con apendicitis y está probado por estudios, que no dejan lugar

á dudas, que esta propagación se verifica, sin que intervenga para nada, la *cavidad cerrada*, y si esto es un hecho comprobado, tal exclusivismo debe desaparecer.

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL DE LA MUJER

Las lesiones apendiculares, que tienen por origen las enfermedades del aparato genital de la mujer, han sido hasta hace poco tiempo consideradas como coincidencias y sin darles mayor importancia han pasado casi desapercibidas.

Sin embargo, últimamente han aparecido numerosos trabajos en el extranjero, que tratan de la frecuencia y del diagnóstico diferencial, entre la apendicitis y de las anexitis y se está dando actualmente una gran importancia, á las relaciones que existen, entre las inflamaciones del apéndice y los órganos de la pelvis.

La gran frecuencia de la apendicitis en el niño, es suficiente para explicar, que esta enfermedad tiene la mayor parte de las veces un origen distinto

que la propagación de la inflamación de las lesione anexiales al apéndice.

Esto, es un hecho fuera de toda duda; nosotros hemos dicho anteriormente, que en la mayoría de los casos, la apendicitis tiene por origen una infección y que esta, parte habitualmente de las lesiones del intestino.

Pero de ésto, á pensar que en todos los casos en que se encuentra una inflamación del apéndice, ésta ha de provenir forzosamente de una infección intestinal, hay mucha distancia y sería desconocer los trabajos que muestran la clínica, la cirugía y la anatomía patológica, en los numerosos casos que hasta este momento se presentan.

Se admite, que la infección apendicular es más frecuente en el hombre y las grandes estadísticas publicadas por cirujanos alemanes, muestran en efecto, el predominio del sexo masculino relativamente á esta lesión.

Investigando de más cerca, el caso se presta á discusión, como vamos á verlo y quizás resulte lo contrario.

El hecho ha sido juzgado con precipitación y para comprobarlo se necesita bien poco; recurrir á las estadísticas de los hospitales de mujeres, para asegurarse de nuestra afirmación.

La inmensa mayoría de los casos de apendicitis, en la mujer, son operados por ginecólogos, porque

las mujeres no se dirigen á los servicios de cirugía.

Einhorn, en los registros de autopsias del Instituto Patológico de Munich, sobre (18.000) autopsias desde 1854, encuentra que las muertas por peritonitis, consecutivas á la perforación del apéndice, son más frecuentes en la mujer que en el hombre.

En una estadística de Hunter Rob, publicada en 1895, este cirujano expone una serie de (370) celiotomías (19 °/₀), en las cuales ha practicado sistemáticamente, la ablación del apéndice y ha hecho hacer su examen histológico.

Ha encontrado que en 136 casos de anexos sanos no había más que (12) veces, inflamación del apéndice; en 148 casos de anexitis, ha encontrado 25 casos de apendicitis.

Esto solo, nos viene á comprobar, que las lesiones inflamatorias del apéndice, se encuentran dos veces más en los casos de anexitis que en los casos de anexos sanos.

Puede establecerse entonces, que el apéndice se deja en cierto modo influenciar, por las lesiones de los anexos, ó más bien dicho, que la anexitis tiene una cierta reacción sobre aquél órgano.

Peterson, dice que en 200 casos de celiotomías por anexitis, en que ha usado también el procedimiento de Hunter Rob, ha encontrado que: en el 47 °/₀ de los casos habían lesiones indiscutibles del apéndice.

Esto nos basta, para darnos cuenta, de dos hechos: 1.° que la apendicitis en la mujer, es tan frecuente ó más que en el hombre y 2.° la frecuencia, de esta lesión en las lesiones anexiales.

SÍNTOMAS QUE LE SON COMUNES Y SU INTERPRETACIÓN

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Consideradas aisladamente, estas dos enfermedades, su sintomatología no ofrece grandes dificultades, pues son bien conocidas las manifestaciones clínicas, propias á cada una de ellas.

Sin embargo, los errores de diagnóstico, han sido desde mucho tiempo atrás, bastante numerosos y á pesar de los adelantos de la ciencia, todavía se presta á confusión y no son raros los casos en que se interviene, tanto aquí como en el extranjero, como puede informarse por las publicaciones hechas en Europa, para una apendicitis, mientras se trata de anexitis, típica, sin lesión aparente del apéndice.

Lo recíproco, sucede también bastante á menudo, y en la estadística que presentaremos, tendremos ocasión de anotar algunos casos, en que el resultado de la operación no deja lugar á dudas.

Y es que no solamente el apéndice y los anexos, tienen el derecho de hacer el diagnóstico dificultoso, por las manifestaciones clínicas semejantes; hay otras causas que reconocen otro origen, sobre las cuales hay lugar de llamar la atención, y el hecho es generalmente cierto, para las operaciones á frio, para apendicitis, tan frecuentemente practicadas hoy.

La fosa ilíaca derecha, es el sitio donde toman nacimiento lesiones de diversa naturaleza, que en muchas ocasiones se manifiestan al clínico, con signos semejantes y que dan origen á confusiones, muchas veces lamentables.

Casos hay en que las lesiones, á pesar de ser de naturaleza distinta de la que se supone, y que por su parecido, son el hecho de una confusión, no son justificadas las criticas severas, porque al fin y al cabo el resultado es el mismo y la exploración decidirá; en estos casos el fin justifica los medios.

Pero hay otros, en que se ha abierto el abdomen, en la creencia de encontrar el apéndice tomado, se ha practicado la apendicectomia y la enferma curada de su operación, ha continuado sufriendo.

En este caso, el error es palpable y se comprende la importancia que tiene, llegar á una precisión en el diagnóstico, con el fin plausible de evitar las responsabilidades y las consecuencias á que estos errores dan lugar.

La apendicitis, no se presenta siempre é invariablemente con los caracteres clásicos, cuya descripción traen todos los libros y los autores han insistido bastante, sobre esas apendicitis crónicas, que se presentan sin crisis y cuyo síntoma único, es el dolor; ya Guinard, ha publicado con el titulo de *Apendicalgia* (bueno, bajo el punto de vista nosológico, pero no muy cierto, si se considera bajo el punto de vista práctico), observaciones de enfermas, que continuaban sufriendo, después de la ablación de los anexos y que habían sido curadas, por una apendicectomia secundaria.

Nosotros, en este estudio y siguiendo el plan que nos hemos trazado, vamos á tratar los puntos principales, de cada una de las enfermedades, haciendo resaltar las más culminantes, para terminar este capítulo, relacionando los síntomas comunes y tratar de este modo, de llegar á un diagnóstico, lo más claro que nos sea posible.

Considerado fisiológicamente, el útero sería el anexo del ovario; sin embargo, para más claridad del estudio, se estima como anexos del útero, el ovario, las trompas y los ligamentos anchos.

Se concibe, pues, que si estos órganos están tan intimamente ligados entre ellos y con el peritoneo que los envuelve, una lesión cualquiera, una inflamación de uno de ellos, por insignificante que sea, ha de repercutir, casi fatalmente, sobre los otros,

tal es el estado de intimidad en sus relaciones.

Para hacer más comprensible, el estudio de las lesiones de estos órganos, se han ideado varias clasificaciones, tomando como base de éstas, diversas manifestaciones, y se han querido separar por este medio, unas de otras, lesiones que si bien teóricamente quizás, pudieran tener un objeto, prácticamente son arbitrarias y sólo han dado por resultado una confusión, que ha reinado hasta hace poco.

Así se ha descrito, bajo el nombre de *perinetritis,* á la inflamación del tejido celular, que rodea inmediatamente el útero.

Una inflamación del tejido celular, que exista entre las dos hojas del ligamento ancho, se le ha llamado *flemón* del *ligamento.*

Al peritoneo inflamado, en esta región, se le da el nombre de *pelviperitonitis.*

A estas divisiones, podemos añadir estas otras: la inflamación de la trompa sola, se llama *salpingitis,* y al ovario inflamado, se le da el nombre de *ovaritis.*

Ya Pozzi, ha hecho notar la extrema rareza, por no decir la imposibilidad, de establecerse una ovaritis primitiva, sin lesión inicial previa, ligada á los desarreglos de la menstruación, á excepción de hechos raros, de ovaritis esclerógena, de origen funcional y diatésico.

La casi totalidad de las veces, una ovaritis proviene de una endometritis anterior, ó de una sal-

pingitis y muchos de los casos, considerados como ovaritis primitiva, se han podido reconstituir por el estudio de los antecedentes y han resultado de una metritis como origen.

Es en este concepto, que Pozzi llama *oofaro-salpingitis* ó *tubo ovaritis*, á la lesión de cualquiera de estos dos órganos, queriendo indicar con esto, que la lesión de uno, está en tan íntima relación con la del otro, que es imposible separarlos.

De este modo, nos encontramos con un número de entermedades, evolucionando sobre partes tan solidarias, unas de otras, que no podían separarse.

Por otra parte: ni la clínica, ni ni la anatomía patológica, autorizan una semejante clasificacación y en efecto han dado por resultado, el error más grande. Lo mismo que en las autopsias que se ha tenido ocasión de hacer, cada uno ha encontrado, la confirmación de su teoría y esto es precisamente lo que debía suceder, puesto que los órganos que constituyen los anexos del útero, gozan de una tal solidaridad, que al ser invadido uno por la inflamación, todos los restantes, toman parte casi siempre en la defensa y al ser vencido por la invasion microbiana ú otra, llevan los rastros de la lesión, ellos también, acreditando con esto, la parte importante que han tomado.

Y al fin de cuentas, después de estas discusiones inútiles, la terapéutica nada ha adelantado y á nadie se ha benificiado.

Desde la entrado en boga, de la cirugía abdominal, la cuestión ha cambiado. Lo que no ha conseguido la clínica, en el examen de cadáveres, la cirugía lo ha hecho comprender; y en efecto: «sobre el cadáver dice Tillaux, la lesión dominante «era la lesión última, la que habia determinado la «muerte, no era más que una complicación; sobre «el vivo, nosotros estamos en presencia de la afección principal.»

Cuando una mujer, era atacada de una lesión inflamatoria, aguda ó crónica, ocupando los anexos del útero, se entendía antes diagnosticar, flemón del ligamento ancho, pelviperitonitis y aún parametritis; pero de salpingitis, de ovaritis ó salpingo ovaritis, no había cuestión ó por lo menos eran delegadas al segundo plano.

Se les mencionaba, en el capítulo de anatomía patológica, pero se buscaba en vano los signos que les pueden hacer «conocer sobre el vivo; y bien, los papeles se han invertido y es probable sinó cierto, que estas últimas afecciones jueguen el rol capital en la patología de los anexos.

Ahora bien, puestos en el caso de establecer un diognóstico, lo más acertado posible, ¿cómo se distingue una inflamación de los anexos de una metritis simple?

Hay que distinguir, el caso en que se trate, de una endometritis y el de una metritis parenquimatosa, aguda ó subaguda.

En el primer caso, ó sea de endometritis, la cuestión es sencilla, la variación en el volumen del órgano es nula, por así decir; lo más notable que acusa la mujer en sus antecedentes, son las pérdidas abundantes, pudiendo estas ser sauguíneas ó mucopurulentas.

En el caso de metritis parenquimatosa aguda, ó subaguda, las cosas cambian; empecemos por los dolores, estos son notables. Se irradian sin disminuir de intensidad, hacia las partes vecinas.

El útero, es voluminoso, lo que no sucede en la endometritis, en la que no ha variado el volumen del órgano.

Es probable, que haya sido tocada la capa celular subperitoneal y el peritoneo mismo, y aún, puede sobrevenir una verdadera peritonitis, pudiendo extenderse, á la cavidad pelviana y á la abdominal.

La metritis, que ha sido el origen de la inflamación de los anexos, no ha desaparecido como se comprende.

Entonces ¿en que se caracteriza la propagación á los anexos, desde que el punto de partida de la lesión anexial, la metritis existe?

Es la existencia de una tumefacción, de un verdadero tumor, lo que nos pone sobre la vía del diagnóstico.

En efecto, el tacto vaginal reseña sobre la tu-

metacción y el tacto rectal y la palpación hipogástrica, completa nuestro examen.

Los antecedentes de la enfermedad, partos anteriores más ó menos buenos, la existencia de una blenorragia, quizás pasada desapercebida, ó de lo que aún se puede encontrar los rastros, son datos importantes también, que si bien no son suficientes, orientan muchas veces, para afirmarse en el diagnóstico.

Las operaciones quirúrgicas fuente principal de las investigaciones, han puesto de manifiesto que las lesiones anexiales, son generalmente bilaterales, pero hay casi constantemente un lado más afectado que el otro.

Este lado, es en general el izquierdo, sin que hasta ahora se haya dado de este fenómeno una explicación necesaria. Lo cierto es, que el dolor lo acusan las enfermas, con más persistencia y con más intensidad de este lado.

Este dolor en la fosa ilíaca izquierda, situado casi á la mitad de una línea, tirada desde el pubis á la espina ilíaca anterior y superior, es un síntoma notable y una presunción, en favor de una lesión anexial.

Volviendo al tacto vaginal encontramos una diferencia de la normal, más ó menos acusada, según el estado evolutivo de la lesión, tomemos pues por órden: fondo de saco, anterior, laterales y posterior.

Hemos dicho, que debemos encontrar una tumefacción y ésta, si en general se limita, á uno de los fondos de saco, puede algunas veces, dar la vuelta al cuello del útero·

Los dedos exploradores, perciben una tumefacción situada entre el útero y la vejiga.

Esta, puede ser debida, á una anteflexión ó á un tumor de naturaleza fibromatosa, que ocuparía la pared anterior del útero, pero los caracteres de la inflamación hacen destacar el diagnóstico.

Una tumefacción, ocupando las partes laterales del útero y descendiendo hasta el fondo del saco, lateral, derecho ó izquierdo, es considerada un signo muy probable, de flemón del ligamento ancho.

La tumefacción, puede ocupar el fondo de saco posterior Esto puede ser una retroflexión, una colección líquida intraperitoneal, sanguínea ó purulenta, ó una acumulación de materias fecales.

En último caso; se tratará del ovario, con la trompa inflamada, que hacen saliencia en el fondo de saco posterior y nos dan también, la sensación de una tumefacción.

El ovario y la trompa inflamados, pueden por otra parte, ocupar los distintos puntos del contorno del útero, é imponerse por un flemón del ligamento ancho, una pelviperitonitis ó una perimetritis.

Cuando se encuentra á la exploración digital, uno de los fondos de saco y sobre todo el lado izquier-

do, ocupado por un tumor y si este tumor netamente distinto del cuello del útero, de consistencia regularmente firme, que se extiende un poco hacia el fondo de saco posterior, ú ocupando francamente este fondo de saco y carácter especial, muy doloroso al tacto, casi podemos afirmar, que se trata de una *salpingo ovaritis.*

La pelviperitonitis, es la consecuencia forzada, de esta inflamación anexial.

Y como el ovario y la trompa inflamadas, ocupan generalmente el fondo de saco de Douglas, es el tacto rectal, el que completará nuestra exploración, tacto que no se debería despreciar, como se hace muchas veces.

A través de la pared rectal, lo que no permite el tacto vaginal, se siente el tumor más netamente.

La palpación hipogástrica, viene á completar nuestra èxploración y si muchas veces á causa del espesor de las paredes, ó de la defensa muscular, es difícil la exploración, por lo menos el dolor localizado y acentuado, sobre todo del lado izquierdo y sobre la linea ovariana; mucho más cuando la pared abdominal es flácida y delgada, añaden un dato al diagnóstico.

La anestesia, relajando los tejidos, pone al médico en condiciones excelentes, para llegar profundamente y constatar la existencia de un tumor del tamaño de un huevo de paloma y más pequeño aún.

La mayor parte de las veces, las inflamaciones periuterinas, dan lugar á tumefacciones de pequeño volúmen, circunscriptas y que son solamente reconocibles al tacto vaginal; sin embargo, á veces, son el punto de partida de verdaderos tumores inflamatorios, situándose en diversos puntos sobre los costados, atrás, adelante ó encima del útero.

Hay casos en que el ovario, en lugar de ocupar el Douglas, lo que es más común, se dirige adelante y puede provocar alrededor un foco, que dá nacimiento al plastrón clásico, del flemón periuterino.

Poca importancia tiene saber, si esta induración reside al rededor del ganglio pubiano, ó del ovario y de la trompa, lo que importa conocer es su verdadero origen y ésto no es tan fácil como parece.

El carácter principal, de este tumor, es su dureza, que á veces se ha confundido con un fibroma, pues el tacto vaginal dá una sensación casi idéntica, en los dos casos.

Un dato importante para el diagnóstico sería la marcha de la afección; por ejemplo, si el tumor ha evolucionado á consecuencia de un parto ó de un aborto.

Un quiste del ovario ó del paraovario, puede presentar signos físicos, casi idénticos y es preciso basarse entonces, sobre la marcha de la afección

en estos casos, y sobre la existencia de ciertos fenómenos generales, característicos de las lesiones inflamatorias.

En fin. si por la palpación hipogástrica, se siente un tumor que hace saliencia sobre los costados del útero, pudiéndolo envíar de una mano á otra, y si con ayuda del tacto vaginal, se siente, sobre los costados ó atrás del útero, un tumor netamente aislado y carácter importante muy doloroso á la presión, hay derecho de establecer que se está en presencia de una salpingo-ovaritis, de época antigua.

La apendicitis: tiene una sintomatología, bien conocida; sin embargo, siguiendo nuestra idea, vamos á dar sus más notables caracteres y hacer su diferenciación, con las enfermedades que más comunmente, oscurecen su diagnóstico, pasando por alto su diagnóstico con las anexitis, que como lo hemos dicho ya, será objeto de un capitulo especial.

Dos maneras de presentarse, tiene la apendicitis; una que podríamos llamar *benigna*, en apariencia, por sus manifestaciones poco alarmantes y otra forma *intensa*, alarmante, cuyo cuadro impresiona por su malignidad.

Síntomas de tres órdenes, que podríamos llamar cardinales, son un indicio, gracias al cual, podremos despistar la apendicitis y diferenciarla de las otras afecciones que la imitan.

1.ª Síntomas dolorosos. 2.ª Fenómenos de reacción local, de peritonitis periapendicular, que varían en cuanto se relacionan á la difusión, y á la gravedad. 3.ª Síntomas, que podríamos llamar generales, puesto que ellos traducen la toxi-infección, nacida del foco apendicular.

Síntomas dolorosos: Así como para las lesiones uterinas, existe en la apendicitis, un conjunto de síntomas, casi invariable, que podría llamarse el *sindroma* apendicular. Este sindroma, ó triada dolorosa, como la llama Dieulafoy, es, puede decirse, la base, sobre la cual nosotros sentamos nuestro diagnóstico, puesto que nos sirve de guía, para orientarnos, en la diferenciación con las otras lesiones semejantes. Esta triada dolorosa, está formada por tres síntomas; *a)* el dolor localizado en el punto de Mac Burney, punto colocado en el medio de una línea, tirada desde el ombligo, hasta la espina ilíaca anterior y superior; *b)*, la defensa muscular, hecha notable á la palpación abdominal, caracterizada por la resistencia que oponen las paredes abdominales á la presión y *c)* la hiperestesia cutánea.

El dolor apendicular, es gradualmente creciente; estalla rara vez de golpe, con toda su intensidad; vivo ó ligero acompaña siempre á la apendicitis con sus caracteres. El ocupa como hemos dicho, el punto de Mac Burney, y la presión ejercida por

un dedo, lo cubre y probablemente responde, á la inserción cecal del apéndice.

El dolor del *ulcus rodens*, le es parecido, pero difiere, en que éste es un dolor rápido y terrible, como una puñalada, como que indica una perforación. Es preciso buscar con gran cuidado, este dolor de la apendicitis pues él es muchas veces, el único síntoma capaz, de orientarnos en el diagnóstico y se puede por una palpación metódica, localizarlo con precisión, eliminando los dolores epigástricos ú otros, que serían irradiados, á otros puntos del abdomen.

La defensa muscular, es otro signo notable, aunque no característico de la apendicitis. En efecto á este nivel, una presión ligeramente ejercida, nos permite constatar la contracción de defensa, la tensión y la induración de los músculos de la pared.

La hiperestesia cutánea, se traduce por movimientos reflejos. y algunas veces dolorosos extendidos á una parte de la pared abdominal. En efecto, si pellizcamos ligeramente la piel de esta región, ó simplemente que se toque con un objeto cualquiera, se constata una hiperestesia, que no existe en ninguna otra parte del abdomen. Algunas veces, se determinan calambres, reflejos dolorosos, del músculo subyacente, según Dieulafoy.

Signos locales: como consecuencia de la peritonitis apendicular, se nota en la región ilíaca, una

tumefacción más ó menos perceptible; ésta puede algunas veces, ser tan poco perceptible, que es dificil de apreciar.

El pretendido *boudin cecal*, que se describe como una masa cilíndrica, alargada, mate á la percusión, no es lo más generalmente, sino una sensación engañosa, debido á la contractura muscular de defensa, y tan es así que cuando existe, puede hacerse desaparecer, por la anestesia clorofórmica.

Lo que si es perceptible, es el *plastrón* de la periapendicitis, que como hemos dicho, forma una placa de induración, submate á la percusión superficial, ovoide ó triangular, sonora á la percusión profunda, por el meteorismo del ciego y de las ansas delgadas del intestino.

La formación de un absceso, de que se acompaña la peritonitis circunscripta, no se debe esperar, porque la fluctuación puede no aparecer, si no muy tardidamente; á lo más si el absceso está inmediatamente detrás de la pared, se percibe una sensación de resistencia. El signo de Keen, se determina algunas veces, haciendo presión con el dedo; se produce á este nivel, un *godet* de edema.

Síntomas generales: Estos síntomas varían, según la extensión de la lesión y su gravedad, y son los de una infección peritoneal.

En primer lugar, tenemos los *fenómenos* de *parálisis intestinal*, que se manifiestan por la falta de

materias y de gases. Vómitos, que al principio alimenticios, se hacen luego *porráceos* y verdosos, después fecaloides. *Facies abdominal*: el enfermo presenta rasgos *grippés*: ojos escavados y cernidos, la nariz afilada.

La alteración del pulso, la debilidad, la frecuencia y la irregularidad, son signos de mucha significación para la apreciación de la gravedad de los casos. La *fiebre*, que puede en efecto, faltar en ciertas formas hipertóxicas, donde se ve aún, la temperatura, caer debajo de la normal.

Formas: Se pueden dividir en tres grupos: *Apendicitis simple:* en este primer grupo, ha quedado la inflamación, congestiva ó plástica.

Una diferencia de régimen; un sujeto constipado en buena salud, sin que se hubiera sospechado, ó luego de un período de enfermedad, sin síntomas alarmantes, siente un dolor rápido y vivo en la fosa ilíaca derecha. Un estado nauseoso lo acompaña, algunos vómitos, viente hinchado, constipación, pulso 80 ó 90, fiebre 38°5. Podría confundirse, con un embarazo gástrico, pero la exploración pone de manifiesto, la triada dolorosa y la percepción de una tumefacción en la fosa ilíaca. A los dos ó tres días, los síntomas se aminoran, la fiebre desciende, los vómitos desaparecen; *facies*, pulso, etc., todo vuelve á su estado normal; el intestino funciona y en 10 ó 15 días el plastrón ha desaparecido; se ha reabsorbido.

Apendicitis con peritonitis localizada y supuración circunscripta: Es el segundo grado: luego de una apendicitis simple, la remisión no se ha efectuado, el dolor se exagera, la temperatura se eleva.

En otros casos, de golpe estalla la apendicitis con sus síntomas alarmantes, gravemente acusados, el dolor intenso y los vómitos abundantes. A la percusión, encima de la arcada crural, se reconece la presencia de una tumefacción, de contornos mal limitados y más ó menos extendida. A la percusión superficial, submatitez, y á la profunda, sonoridad intestinal.

Clínicamente, la existencia de una induración ilíaca, es suficiente para presumir, que el exudado periapendicular va á hacerse purulento, sobre todo, cuando los síntomas generales concuerdan, aunque no siempre sucede así, puesto que se ven anchos plastrones periapendiculares, evolucionar hasta la resolución.

Más tarde, además de los síntomas generales, aumento de pulso, que no sigue el trazado de la temperatura, fiebre persistente, alteración de los rasgos, constipación obstinada, aparecen los signos locales de la supuración; edema de la pared, dilatación de las venas subcutáneas y fluctuación.

Abandonado á sí mismo, el absceso hace efracción y el resultado, es una peritonitis generalizada.

Apendicitis con peritonitis generalizada: Hemos

dicho ya, qué evolución tiene la apendicitis generalizada, pero ésta puede aparecer, también de golpe, traduciendo inmediatamente su gravedad, por manifestaciones alarmantes.

En pocas horas, los dolores de la fosa ilíaca, adquieren una gran intensidad; el vientre dolorido, duro, tendido, sensible á la palpación. Con un examen metódico, se descubre la triada dolorosa y la aparición del punto inicial. Los vómitos se repiten, el vientre se hincha; no pasan ni gases, ni materias; pulso pequeño y rápido.

Puede sobrevenir una diarrea pútrida. los vómitos faltar, el meteorismo ser poco considerable, la fiebre no elevarse; pero hay otros síntomas entonces, que traducen la intoxicación general: *la respiración acelerada y superficial.*

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En general, todas las afecciones de los anexos y en particular las salpingitis, presentan un cuadro clínico, que se asemeja de tal modo á la apendicitis, que dan lugar á discutir en el diagnóstico y ponen á toda prueba, la sagacidad del clínico.

Se comprende entonces, que un diagnóstico tan exacto como sea posible, es de tal importancia, porque la conducta á seguir es enteramente distinta, según que se trate de apendicitis ó de anexitis.

Inmediata y rápida en la apendicitis, la operación, puede decirse, que está contraindicada en el caso, de *poussée* perisalpingeo.

Operando enseguida, la operación corre el riesgo de perder su seguridad y su benignidad, porque se operará sobre un foco en vía de extensión, sobre una infección, cuyos límites son difusos y es difícil circunscribirlo. No operando, al cabo de pocos días, la crisis pasará, los fenómenos alarmantes irán

desapareciendo con el tratamiento apropiado y se llega á la conclusión, de que la salpingitis, ha desaparecido completamente.

Quillard, con un criterio, quizás un poco exagerado, aconseja tener en gran cuenta, la edad de la enferma y concluye, que en las vírgenes, no se debe pensar en lesiones ovarianas, ni salpíngicas, pero como hemos dicho es exagerada esta pretensión, puesto que aún en ellas, pueden existir ovaritis es clerógenas ó llevar un quiste dermoide del ovario. Asi sucede en un caso de Legueu que él recuerda en sus clínicas,

En el caso de apendicitis, se encuentran trastornos intestinales, ataques anteriores; en el caso de salpingitis, las cosas cambian y en los antecedentes de la enferma, se podía descubrir, y a sea una endometritis, consecutiva á la blenorragia, un parto ó un aborto.

Pero como se comprende, estos no son indicios suficientes para afirmar el diagnóstico y es necesario entonces, buscar otros elementos, en la evolución de la enfermedad actual.

Signos funcionales.—Los rasgos del cuadro peritoneal, son más marcados y mejor diseñados en la apendicitis; en efecto; la gravedad, á que llegan los fenómenos peritoneales, son desde un principio mucho más intensos, lo que no sucede en la pelviperitonitis, de origen anexial, aún de forma grave.

Si nosotros investigamos, la sensibilidad abdominal, notamos que es mas acentuada, en la apendicitis y la exageración del lado derecho, es un dato de no despreciar, puesto que en las anexitis, es más difundida y ocupa los dos lados del vientre, casi con igual intensidad. De golpe, la gravedad del estado, aparece más séria: la paresia intestinal, significando la falta de materias y de gases, es más pronunciada, lo mismo que los vómitos, casi infaltables y con caracteres alarmantes, en la apendicitis; son mucho menos molestos, en las anexitis.

El meteorismo es más exagerado. Y ya se puede, á la simple inspección, para el que ha visto estas dos enfermedades, tener por lo menos, una presunción, de cuál de ellas se trata.

Las presunciones se afirman, en el estudio de la temperatura. Por lo general la temperatura es más exagerada en la apendicitis, en la que puede alcanzar, desde el principio, 39° y aún más, mientras, que rara vez alcanza esta altura, en la *poussée* de pelviperitonitis anexial. Y no se tiene en ella más de algunas horas.

Otra diferencia notable y de gran importancia, es la marcha de la enfermedad. En efecto: en el estado grave de la apendicitis, la afección queda estacionaria, ó á lo menos, vá progresivamente aumentando su gravedad, mientras que en la anexitis, después de un principio brusco y alarmante, á tal

punto que se establece la confusión; la intensidad de los síntomas disminuye y se nota rápidamente, una mejoría notable.

Hay casos, en que han sido tratadas las enfermas como atacadas de apendicitis, por haber presentado los síntomas de esta enfermedad y ha resultado una anexitis, en la que por neglicencias, había sido despreciado el examen; y si vamos á ver, respecto de la intensidad de la infección, aunque relativamente, no se pueda medir ésta con exactitud, Newmann, dice que en la apendicitis, la intensidad de los fenómenos en general, es mayor que en el piosalpinx.

Nosotros, sin darle mayor importancia, puesto que en algunos casos, en que hemos tenido ocasión de practicarlo, nos ha resultado incierto, anotaremos un signo, que ha sido recientemente introducido por Rosving. Es el siguiente:

Haciendo presión á la izquierda, de abajo arriba, sobre el colon descendente, se rechaza el contenido del grueso intestino, á su mitad derecha y según el autor, esto tendría por efecto determinar una distensión de los gases, contenidos en el intestino, que se correrían del ciego al apéndice.

Así se produciría, un dolor, en el punto de Mac Burney, sin hacer presión sobre éste.

Si como lo dice Rosving, este signo diera resultados tan netos, su importancia sería notable sobre

todo en los casos de duda, para establecer el verdadero origen de la afección, en aquellas enfermas en que todo hace pensar, en la existencia de una lesión apendicicular, complicando una anexitis, con crisis á principio bruscas, dolor en el punto de Mac Burney y desarreglos gastro-intestinales; casos en que más tarde, el examen microscópico, hecho sobre cortes del apéndice, muestra la integridad de este órgano, ocasionando la sorpresa consiguiente.

Nosotros, hemos tenido ocasión de asistir una enferma, con todos los síntomas de una apendicitis: dolor en el Mac Burney. constipación, temperatura, etc.; en la que después de varios días de tratamiento, propio de esta afección, los fenómenos alarmantes desaparecieron. Sospechando sin embargo, una lesión de los órganos genitales internos, practicamos el tacto combinado y el resultado fué un aumento de volumen en los dos ovarios, más marcado sobre todo, á la derecha que á la izquierda; el flujo y el dolor característico de la anexitis que esta, enferma presentaba, nos hicieron convencer, que se trataba de esta última enfermedad. La enferma se negó á la intervención.

Este y otros casos, que hemos tenido ocasión de ver, en nuestra asistencia á los hospitales, ponen de manifiesto la importancia, que tendría este signo de Rosving, si fuera tan exacto, como su autor lo considera.

El sitio de la tumefacción, es otro dato importante para el diagnóstico, porque á la verdad, en general, ésta cuando existe, comúnmente está colocada más arriba, en la apendicitis, que en la anexitis. Por otra parte, es también más difícil alcanzarla por el tacto vaginal; sin embargo aún, con una tumefacción, situada abajo, es de desconfiar, cuando los dolores, han estado localizados constantemente á derecha, pues se sabe que casi siempre, en las anexitis se notan dolores en la fosa ilíaca izquierda, ejerciendo una palpación, sobre la región ovariana.

Y aunque no se conozca con precisión, el por qué de la frecuencia de este dolor, sobre todo del lado izquierdo, el hecho es que existe y es de tener en cuenta.

Colocando en posición elevada de la pelvis, á la enferma, nosotros podemos adquirir datos, que no nos sería posible descubrir, de otra manera; esta posición, haciendo desprender de la escavación las ansas intestinales, que se encuentran en ella, hace las sensaciones más claras y muchas veces, se puede constatar, la existencia de una tumefacción, limitada sobre el costado del útero.

De esta manera, se consigue algunas veces, afirmar el diagnóstico.

Según Olshausen, la forma del exudado peritoneal. tendría su importancia, pues sería en la apendicitis, más largo que ancho, sucediendo lo con-

trario en la anexitis, en la cual sería más ancho que largo.

Como se vé, en la práctica, estas distincionesson enteramente teóricas y á pesar de la competencia de su autor, podemos decir, que en este diagnóstico con todos estos procedimientos y algunos otros, queda el clínico muchas veces, en la imposibilidad de poner una etiqueta, sobre la enfermedad y para confirmar su sospecha, se recurre á la intervención, última y única fuente de recursos para salir de la duda.

Y esto, es tan verídico, que en muchas ocasiones sucede que una anexitis puede manifestarse por una tumefacción difusa, dura y que ocupa, la parte lateral derecha de la escavación.

Karzenosky, recomienda para ayudar al diagnóstico, practicar la punción exploradora, pero sin embargo, nosotros creemos, que esto es exagerado y además es de rechazar, por los peligros de que vá acompañada y sus consecuencias.

Lo mismo diremos, de la afirmación de Einhorn, que pretende que con raras excepciones, él consigue sentir el apéndice, aún cuando esté sano.

De esta manera, cree distinguir la tumefacción del apéndice, de las tumefacciones, de cualquier otro origen, pero en contra de esta opinión, Hartman, Sonemburg, Korler, Kotter, Munde y otros, confiesan que ellos no han conseguido distinguir

el apéndice, aun aumentado, á través de la pared abdominal.

Los desarreglos dismenorreicos, han sido propuestos, para establecer el origen ovariano, de ciertos dolores abdominales, pero las observaciones de Hermes, Braudt y Lareu, mostrando que luego de la ablación del apéndice enfermo, se producía la desaparición de la dismenorrea, dan á comprender, la poca importancia, que se puede dar á este signo.

Sonemburg, explica claramente, estos desarreglos menstruales, con algunas observaciones, que han sido publicadas por Krüger. En estas observaciones, se nota, que cuando existían esos dolores menstruales, era debido á que el apéndice inflamado presentaba adherencias con el ovario.

Hay casos sin embargo, en que á consecuencia de la ablación del apéndice, desaparece la dismenorrea y en estos casos, no habia adherencias.

Frankel, para explicar este fenómeno, admite un origen nervioso ó funcional, de los desarreglos uterinos.

Se ha profundizado más la cuestión, al punto que Delageniere, pretende dar una explicación, para diferenciar, unos de los otros los desarreglos dismenorreicos, de origen apendicular y la dismenorrea de origen ovariana.

En la dismenorrea de origen apendicular, dice Delageniere, los dolores comenzarían con el prin-

cipio de las reglas y en el segundo caso, es decir, en la dismenorrea, de origen ovariano sobrevendrían solamente, en el momento, en que las reglas están á punto de terminar.

Frankel, dice que cuando hay ataques repetidos, de dolores y aquéllos son acompañados de pequeños *poussés* febriles; que cuando estos dolores, residen en la fosa ilíaca derecha, ya sobrevengan antes ó después de la menstruación, coincidiendo con reglas más abundantes, en mujeres que antes eran bien regladas, deberán hacer pensar, en una apendicitis larvada.

La apendicitis, puede también ser confundida, con otras lesiones del aparato genital, de la mujer.

El embarazo tubario: á pesar de ser poco común, no deja de ser, un caso sumamente grave, por las consecuencias que, aporta su ruptura.

Su analogía es tal, que existen casos, sobre todo cuando este embarazo se produce del lado derecho, que se ha abierto el vientre y se ha encontrado, con gran extrañeza, una lesión contraria, á la que se suponía. El caso de Moizard y Nélaton, es concluyente en este sentido.

Esta mujer, había sido atacada de un modo brusco, de un dolor en la fosa ilíaca derecha, además había presentado algunos otros síntomas que no dejaban de tener su analogía, con la apendicitis.

El diagnóstico, verificado por Dieulafoy, se fundaba sobre otros signos, que presentaba esta enferma, que se apartaban de los fenómenos apendiculares. Su palidez excesiva, la aceleración del pulso, tendencia al síncope.

Dice Dieulafoy, que en esto fundó su diagnóstico, de embarazo tubario ó más bien dicho, de hemorragia interna y la intervención confirmó sus presunciones.

Además, la parte subumbilical del vientre, presentaba una submatitez absoluta, lo que indicaba ya un fuerte derrame.

En las histéricas, sucede muchas veces y nosotros hemos tenido ocasión, en varios casos de comprobarlo, que se presentan al clínico, con un conjunto de síntomas, que simulan una apendicitis aguda.

Los vómitos no faltan, lo mismo que el meteorismo y los dolores en la fosa ilíaca derecha, pero en casos semejantes, su localización es más bien ovárica, que apendicular y muchas veces los simples masages ováricos y compresión de los globos oculares, han bastado para hacer pasar el ataque; que simulaba la apendicitis.

Entre las complicaciones de la apendicitis, podemos citar también el embarazo.

La apendicitis dice Pinard, puede complicar la puerperalidad, en todos sus períodos, sea durante el embarazo, sea durante el trabajo, ó durante el período, que sigue al parto.

Lo que nosotros necesitamos saber, es si el embarazo, tiene alguna influencia directa, sobre este proceso apendicular. Lo que se puede decir, es que cuando estalla una apendicitis, en una puérpera, ella no difiere en nada, de la apendicitis común; empieza en plena salud, sin prodromos que la hagan sospechar con su dolor característico del lado derecho. Este dolor es gradualmente creciente y no es si no después de algunas horas, que estos dolores, adquieren toda su intensidad.

TRATAMIENTO

Vista la importancia, que cada día está tomando, esta cuestión de la *apendicitis y anexitis*, en estos últimos tiempos y comprobada por otra parte, la frecuencia, con que estas afecciones se presentan, es conveniente, establecer una vez por todas, la conducta que se debe seguir, respecto del objeto principal que la medicina persigue: su tratamiento.

Pues es bien cierto, que si durante mucho tiempo, la confusión ha reinado y hasta se ha desconocido la importancia de la apendicitis, es cierto también que en estos últimos tiempos, á causa quizás del poco conocimiento, que se tenía de la frecuencia, de estas dos afecciones, se han practicado no pocas veces, operaciones de apendicitis á frío, en mujeres, en las cuales todos los síntomas, hacían sospechar una lesión del apéndice, mientras que en realidad, sufrían de una anexitis. más ó menos

ligera, como se ha comprobado al abrir el vientre, con gran sospresa de los cirujanos.

Las complicaciones apendiculares, en las anexitis, han ocasionado también, muchas canfusiones, como se prueba con los hechos.

El tratamiento operatorio, debe ser siempre preferido, ya sea que se trate de un proceso crónico, ó de casos en que exista una supuración.

En los casos de cronicidad, se sabe que las recidivas son la regla y lo contrario la excepción, y en el segundo caso, ó sea en el de supuración, de por sí se desprende, la necesidad imperiosa, de evacuar el pus.

Relativamente á las indicaciones operatorias, especiales, podemos especificar los casos, é indicar el procedimiento á seguir, que está más de acuerdo con los resultados.

En los casos en que la supuración, es hecha manifiesta en el fondo de saco rectouterino, la *colpotomía posterior,* evacuando el pus, sin mayores trastornos, está indicado.

Podemos decir, en tesis general, que en los casos restantes, es á la *laparotomía*, á la que hay que recurrir.

Las incisiones para *celiotomía*, á practicar, dependen de la localización, de las lesiones presumidas. Las localizaciones á la derecha, son justificables, de una incisión, sobre la parte externa del músculo

gran recto, pudiendo prolongarla lo suficiente, por abajo, para tener acceso á los anexos de este lado.

La incisión mediana subumbilical, resulta la mejor, para los otros casos, porque abarca ambos lados y permite más exactamente, darse cuenta, del estado de las partes enfermas á atacar.

Regla general, para todas las insiciones: en ausencia del acceso, no se debe pasar por alto, la exploración cuidadosa y sistemática de los órganos genitales internos, antes de cerrar el abdomen, colocando la mujer, en posición elevada de la pelvis, para practicar esta exploración.

Ahora, respecto á la conducta á seguir con el apéndice, podemos decir, que las opiniones no son idénticas.

Dice Horrar Kelly, en una recopilación de pareceres, que ha practicado:

Unos, aconsejan extipar el apéndice, en todas las celiotomías, ya sea enfermo ó sano; éstos son los menos.

Respecto de los cirujanos americanos, las opiniones son las siguientes: 44 contra 26, no quitan el apéndice sano; 60 contra 7 lo quitan, si presenta adherencias y además, la presencia de concreciones fecales, es causa suficiente, para que la ablación se lleve á cabo.

Nosotros, creemos con Hartmann, que si bien es

cierto que la ablación del apéndice, importa una prolongación de la operación y aumenta un poco los riesgos; siempre que se pueda examinar el apéndice, en el curso de las intervenciones ginecológicas, no se debe quitar el órgano, si no en los casos en que éste, presente algo de anormal, adherencias ó un largo exagerado.

OBSERVACIONES

I

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS: CAMA N.º 25

OPERADO POR EL DOCTOR BAZTERRICA

Catalina O. de J., 25 años, casada, francesa. q. d. de Baradero. 11 Setiembre 1908. Curada.

Diagnóstico: apendicitis, ovaritis supurada, salpingitis simple.

Tratamiento: oóforo salpinguectomía derecha. Apendicectomía.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: refiere haber sido sana en su niñez. Regló por primera vez á los 15 años, reglas regulares, periódicas algo dolorosas, durando 3 ó 4 días. Se casó á los 22 años. A los 5 meses de casada, tuvo un aborto de 3 meses y luego un hijo, que actualmente tiene 14 meses.

Después del parto, ha disminuido muchísimo, el flujo que tenía, aunque era escaso anteriormente.

Enfermedad actual: Desde hace 10 meses, dice la enferma, que se le aumenta el vientre, tocándose un cuerpo duro algo doloroso á la presión y aún espontáneamente, pero son dolores poco intensos en forma de puntadas. Reglas normales.

Estado actual: Al examen, á la simple inspección y á la palpación se nota la presencia de un tumor liso, movible lateralmente, en la región supra-pubiana, hasta 4 traveses de dedo por encima del pubis, á la derecha de la línea media. Por el tacto y palpación combinadas, se constata el cuello del útero bastante borrado, haciendo casi al parecer, cuerpo con un tumor, duro liso, del tamaño de una naranja, que ocupa el fondo de saco lateral derecho. Pinzando dicho cuello y ejerciendo tracciones, se aisla un poco éste y el istmo; no así el cuerpo. Histerometría 8 cent. con descenso.

Operación: 24 Setiembre; anestesia clorofórmica.

Examen anátomo patológico: La trompa estirpada es grande, edematosa, la superficie peritoneal rugosa y cubierta de exudados fibrinosos y fibrosos. El pabellón está libre y las paredes muy engrosadas; la luz obliterada, desde su tercio medio, hasta el extremo interno.

Sobre la parte anterior de la región angular, hay desarrollado un folículo, del tamaño de un grueso grano de maíz; éste contiene un líquido seroso claro.

El apéndice estirpado, es muy pequeño. Las paredes están muy engrosadas y de un desigual espesor, formadas por tegidos blanduzcos. La cavidad está conservada, pero en algunos sitios, sobre todo hacia arriba, está muy estrechada. La superficie exterior es completamente irregular, llena de bridas fibrosas y fibrinosas, donde no hay superficies cruentas, que se hicieron, al desprenderlo en la intervención. Se ha extirpado también, un trozo de epiplón, que adhería al anexo y al apéndice; es un epiplón engrosado y con mucho tejido fibroso.

II

CAMA N.° 43

Rosalía San M., de 38 años, soltera. Noviembre 9-1908.

Diagnóstico: Periapendicitis y salpingo ovaritis.

Tratamiento. Apendicectomía y ooforosalpinguectomía.

Observaciones: Operación: Febrero 11 de 1909; anestesia clorofórmica: Dr. Salvadores: Laparotomía, incisión Mac Burney. Gosset.

El tumor, estaba constituido, por el epiplón adherido á los siguientes órganos: extremidad inferior del ciego, apéndice vermiforme y á los anexos del lado derecho. La extremidad inferior del apéndice, se encontraba, fuertemente adherida al polo externo

del ovario y al pabellón de la trompa; del mismo apéndice, partía un cordón, que se perdía en el mesenterio, de la porción terminal del intestino delgado. Se extirpa el apéndice, según el procedimiento de Gosset; ligadura del mismo, en la base con catgut y después de colocar una jareta con seda, á su alrededor y sobre el ciego, se reacciona con el termocauterio y se hunde el pedículo, anudando fuertemente el hilo de seda. Previamente y cerca del mesenterio, se había colocado una ligadura, con catgut, sobre el cordón citado más arriba. Este, y la extremidad del apéndice, quedaron adheridos á los anexos, que se extirparon, después de colocar dos ligaduras con catgut, que fué necesario reforzarlas. Se resecó la porción adherida del epiplón, que se había desprendido, con relativa facilidad. Se cierra la pared con 3 planos.

III

HOSPITAL RIVADAVIA

Piosalpinx derecho y apendicitis.

Maria Q., de 15 años, casada, argentina. q. d.

Fecha de entrada: 23 de Octubre de 1907. Operador: Doctor Caballero.

Antecedentes: Sarampión, en la infancia é influenza antes del sarampión. Sus reglas comenzaron á los 13 años, regulares, de 3 días de duración y se casó hace 3 meses. No ha tenido hijo ni aborto. Su

enfermedad actual comienza hace 2 meses, con un dolor en la fosa ilíaca izquierda, fiebre y constipación. A los pocos días de aparecerle este dolor, le vino un flujo amarillo.

Operación: Oóforo-salpinguectomía derecha. Apendicectomía. Resección del epiplón. Salió curada, el 6 de Diciembre del mismo año.

IV

Ovaritis quística derecha, salpingitis izquierda. Apendicitis.

María M., 22 años, francesa, casada. Ingresó el 3 de Octubre de 1907. Operador Dr. Caballero.

Antecedentes: Regló á los 11 años. Regulares, de 3 días, sin dolores; regular cantidad. Se casó á los 15 años; ha tenido 5 hijos, ningún aborto. Hace 8 meses, después del último parto, dice que estuvo en cama 15 días, con una puntada en el hipocondrio derecho, que según ella, le irradiaba á la fosa ilíaca del mismo lado. Nunca más, volvió á sentir estos dolores; pero después, tuvo metrorragias frecuentes.

Al examen: anexo derecho, grande, fluctuante, continuándose con un plastrón, de ese lado; el izquierdo se toca.

Operación: Oóforo-salpinguectomía derecha, resección de la trompa izquierda, apendicectomía, curación.

V

HOSPITAL RIVADAVIA

Bacilosis anexial y apendicular.

María H., de 21 años, argentina, soltera. 8 de Septiembre de 1908, cama 58.

Regló á los 13 años, reglas de 4 días de duración no dolorosas, regulares. Hace 3 meses que siente dolores, en el bajo vientre. Ha estado en asistencia un mes, con lavajes y tapones ictiolados. Al examen, se tocan los dos anexos grandes y muy poco dolorosos. La matriz no se nota nada anormal.

Operador: Doctor Caballero: Histerectomía abdominal total y resección del apéndice cecal.

VI

ESTACIÓN SANITARIA «LAS HERAS»

Observación personal, hecha en el público. Febrero 9 de 1909.

María Angélica V., 17 años, soltera. N.° de orden 651.

Febrero 9: temperatura 39°1. Abdomen dolorido, punto de Mac Burney. Congestión pulmonar, pulso acelerado, vómitos, anorexia, constipación.

Tratamiento: Sulfato quinina, antipirina, hielo, dieta.

Febrero 10: temp. 39, iguales síntomas que el

día anterior. Punto Mac de Burney, notable, defensa muscular, hiperestesia.

Febrero 11 y subsiguientes: los mismos síntomas. Con el tratamiento, fué normalizándose, hasta la semana siguiente, en que se levantó.

Sospechando una anexitis, se le hizo un tacto y resultó fundada la presunción. Fondo de saco izquierdo, anormal, ovario izquierdo, aumentado de volumen y muy doloroso; ovario derecho, igualmente aumentado y doloso; había flujo. Se le dió tratamiento.

La enferma, se negó á la intervención que se le aconsejó. Ultimamente, confesó haber padecido de una blenorragia, la que negaba al principio.

ESTADÍSTICA

En el curso de nuestra tesis, hemos dicho, que daríamos una estadística, de las operaciones para apendicitis y anexitis, para completar el estudio que venimos haciendo.

Hemos recopilado al efecto, una serie de operaciones practicadas, por diversos cirujanos en el Hospital Rivadavia, tomando seis años de trabajos, hechos en ese hospital.

Este trabajo, nos ha parecido necesario para afirmar nuestra tesis, pues que á más de hacer constar, la frecuencia relativa, del caso que estudiamos, tiene el gran valor, de ser eminentemente nacional.

En esta estadística, están incluidos además, todos los casos que hemos citado, en los diversos capítulos de nuestro tema, con todas las variantes, apendicitis propagadas por anexitis y reciprocamente, apendicitis, ocasionadas por irritaciones pelvianas,

en que intervienen como factores principales, quistes del ovario, fibromas, hematomas y embarazo tubario.

Se nota, que á medida que avanza el tiempo, los cirujanos encuentran mayor abundancia, de casos y es que sucede, que se vá paulatinamente preocupando, cada día más, de estas propagaciones inflamatorias, hasta hace pocos años casi desconocidas.

Ál efecto, damos á continuación, la estadística que sirve de base á este estudio:

ESTADÍSTICA DE LAS OPERACIONES, PARA APENDICITIS Y ANEXITIS, VERIFICADAS EN EL HOSPITAL RIVADAVIA, DURANTE LOS AÑOS 1904-905-906-907-908-909

Abril 30—1904. Dr. Molina. Op.

Angela M. 26 años. c. s. Hematoma de los ovarios y apendicitis. Op.: cloroformo 35 mts. Ovariectomia doble, estirpación de lapéndice.

Abril 30 1904. Op. Dr. Molina.

Rosa T. 26 años. c. 15, ovarios quísticos y apendicitis, anestesia, cloroformo 30 mts. Laparatomía oofororesis doble. Extirpación del apéndice.

Mayo 11/904. Dr. Caballero.

María V. de C. 20 años, c. 56, quistes hemáticos de los ovarios. Apendicitis. Op.: cloroformo. Oofo-rosalpinguectomía izquierda, ooforexis derecha. Resección del apéndice. Quiste izquierdo del tama-

ño de una naranja. Apéndice engrosado y adherido á la trompa derecha.

Junio 23/1904. Dr. Molina.

Alcira C. 22 años, c. 11. Apendicitis ooforosalpingitis izquierda. Op. cloroformo. Salpinguectomía y apendicectomía.

Junio 27/1904. Dr. Caballero.

Dolores A. 31 años, c. 47. Hematocele pelviana, por embarazo tubario derecho. Apendicitis. Op. cloroformo 55 minutos. Ooforosalpinguectomía derecha. Resección del apéndice.

Setiembre 8/1904. Dr. Molina.

Elvira E. 35 años, c. 4 c. s. Hematosalpinx derecho, ovario quístico derecho, hidrosalpinx izquierdo. Apendicitis. Op. cloroformo 45 mts. Ooforosalpinguectomía derecha, salpinguectomía izquierda. Extirpación del apéndice.

Setiembre 27/1904. Dr. Molina.

Julia del C. 33 años. P. 2 abajo c. 65. Ooforosalpingitis quística izquierda. Quiste del ovario derecho. Apendicitis. Op.: cloroformo 50 mts. Laparatomía. Ooforosalpinguectomía, doble resección del apéndice.

Diciembre 2/1904. Dr. Caballero.

Catalina M., 48 años, c. 41. P. 2 arriba. Ovaritis quística derecha y apendicitis crónica. Op., cloroformo 45 m. Ooforosalpinguectomía derecha y resección del apéndice.

Diciembre 10/1904. Dr. Beláustegui.

Mercedes B., 20 años. P. 2 abajo, c. 6. Piosalpinx doble y apendicitis y epiploitis. Op., cloroformo. Laparotomía, histerectomía supravaginal. Resección del apéndice y epiplón.

Diciembse 15/1904. Dr. Molina.

Juana C., 40 años. P. 2 abajo, c. 14. Piosalpinx doble. Fibroma. Apendicitis. Op. cloroformo 90 m. Histerectomía abdominal total. Resección del apéndice.

Enero 11/1905. Dr. Caballero.

Célia B., 19 años. P. 2 arriba, c. 24. Piosalpinx doble, apendicitis crónica y pelviperitonitis. Op. cloroformo. Laparotomía. Resección del apéndice. Histerectomía abdominal total.

Marzo 14/1905. Dr. Vila.

Petrona G., 45 años. P. 2 abajo, c. 12. Ovaritis supurada derecha y apendicitis. Op. cloroformo 85 m. Ooforosalpinguectomía derecha. Resección del apéndice.

Marzo 27/1905. Dr. Caballero.

Rosa B., 40 años. P. 2 arriba, c. 31. Apendicitis y salpingitis. Op. cloroformo 50 m. Resección del apéndice y salpinguectomía izquierda y ooforosalpinguectomía derecha.

Abril 19/1905. Dr. Caballero.

Gloria A., 20 años. P. 1 abajo, c. 63. Ovaritis supurada derecha y apendicitis. Op. cleroformo. Oo-

forosalpinguectomía derecha y resección del apéndice.

Agosto 1º/1907. Dr. Molina.

Amalia G., 19 años, cama 15. Piosalpinx derecho y apendicitis. Cloroformo 50 m. Incisión de Pfamentiel, Ooforosalpinguectomía derecha, apendicectomía 40 mts.

Agosto 12/1907. Dr. Caballero.

Antonia S., 40 años, cama 57. Fibroma uterino. Ovaritis supurada derecha. Adherencias intestinales. Op. cloroformo 85 m. Histerectomía abdominal total. Desprendimiento de adherencias. Ooforosalpinguectomía derecha. Apendicectomía: había adherencias nuevas que se desprendían fácil. El apéndice aprisionado entre ellas, se resecó, pero no parece que hubiera estado inflamado. Duración de la operación 75 m.

Octubre 23/1907. Dr. Caballero.

Isabel G, 40 años, cama 38, pabellón 2. Quiste del ovario derecho. Salpingitis izquierda. Apendicitis. Op. cloroformo 50 m. Ooforosalpinguectomía derecha. Resección del pabellón y tercio externo de la trompa. Apendicectomía 40 m.

Marzo 1º/1908. Dr. Caballero.

Cármen D., 25 años, pabellón c. s., cama 2. Apendicitis. Salpingitis derecha. Ooforosalpinguectomía izquierda. Cloroformo 40 m. Apendicectomía. Salpinguectomía derecha. Ooforosalpinguectomía izquierda. Duración de la op. 30 m.

Mayo 11/1908. Dr. Caballero.

Adelina F., pabellón 2, cama 60. Pelviperitonitis. Apendicitis. Salpingoovaritis derecha. Op. cloroformo 55 m. Laparotomía: histerectomía abdominal subtotal. Apendicectomía. Tiempo 55 m.

Mayo 19/1908. Doctor Arósteguy.

Ana M., 39 años. Pb. 2, c. 9. Utero fibrimatoso. Apendicitis crónica. Op.: cloroformo 75 m. Histerectomia supravaginal y apendicectomía. sin drenaje 60 mts.

Mayo 27/1908. Doctor Caballero.

Ernesta P , 24 años. P. 2, cama 23. Oóforo salpingitis doble. Op.: cloroformo 70 m. Histerectomia subtotal. Apendicectomía sutura de intestino 60 mts.

Julio 8/1908. Doctor Caballero.

María M., 27 años. P. 2, cama 30. Hematoma y hematosalpinx dobles. Pelviperitonitis. Apendicitis. Op.: cloroformo 70. m. Histerectomia abdominal total. Apendicectomía 60 mts.

Agosto 4/1908. Doctor Molina.

Adela B., 31 años. P. 2, c. 71. Oóforo salpingitis crónica derecha. Apendicitis crónica. Adherencias. Op.: cloroformo 40 m. Oóforo salpinguectomía. Apendicectomía 30 mts.

Agosto 10/1908. Doctor Caballero.

Honoria C., 23 años. Pab. 4, c. 64. Apendicitis y pequeños quistes del ovario. Op.: cloroformo 40 m. Apendicectomía y extirpación 30 m.

Septiembre 4/1908. Doctor Caballero.

Teresa B., 27 años. Pab. 2, c. 22. Quiste del ovario derecho. Fibroma del cuerpo de la matriz y apendicitis. Op.: cloroformo. Histerectomía supravaginal y apendicectomía.

Septiembre 11/1908. Doctor Caballero.

Rufina D·, 34 años. Pab. c. s., cama 6. Fibroma del útero. Op.: cloroformo 70. Laparatomía. Histerectomía supravaginal. Apendicectomía. Peso del tumor 2100 gramos.

Septiembre 16/1900. Doctor Caballero.

María H., 22 años. P. 2, c. 38. Tuberculosis anexitis y apendicitis. Op.: cloroformo histerectomía abdominal total y resección de la ampolla cecal, 70 ms.

Octubre 1.°/1908. Doctor Arósteguy.

Matilde de C., 20 años. Pab. 2, c. 14. Apendicitis y perimetrosalpingitis. Op.: cloroformo. Apendicectomía. Oóforo salpinguectomía derecha y oórofororrexis de la izquierda 75 mts.

Octubre 31/1908. Doctor Arósteguy.

Faustina D., 26 años. P. 2, c. 15. Ovaritis supurada doble. Pelviperitonitis. Op.: cloroformo 80. Apendicectomía. Histerectomía subtotal 75 mts.

Noviembre 10. Doctor Vila.

Agustina F., 23 años. P. 2, c. 15. Piosalpinx doble. Ovaritis supurada izquierda. Apendicitis. Op.: cloroformo. Laparotomía. Oóforo salpinguectomía

doble. Apendicectomía. Pelviperitonitis. Epiplon adherido á la matriz y adherencias intestinales múltiples. Apéndice idem 65 mts.

Noviembre 21. Doctor Caballero.

Elisa A., 33 años. P. 2, c. 29. Fibroma y Apendicitis. Op.: cloroformo 65 m. Histerectomía supravaginal. Apendicectomía 2907 gramos 60 m.

Enero 21/1909. Doctor Vila.

Juana M., 29 años. P. 2, c. 5. Piosalpinx doble. Apendicitis. Op.: cloroformo 80 m. Laporotomía. Oóforo salpinguectomía doble. Apendicectomía 25 mts.

Febrero 23/1909. Doctor Vila.

N. N. P. 2, c. 1. Pelviperitonitis. Piosalpinx y ovaritis supurada izquierda. Salpingitis derecha. Apendicitis. Op.: cloroformo 75 mts. Laporotomía. Oóforo salpinguectomía derecha. Apendicectomía.

Abril 28/1909. Doctor Caballero.

Matilde D., 24 años. P. 2, c. 47. Perimetro salpingitis. Op.: cloroformo. Oóforo salpinguectomía derecha. Apendicectomía.

Buenos Aires, Mayo 3 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Francisco A. Sicardi, al Profesor titular Dr. Samuel Molina y al Profesor suplente Dr. Daniel J. Cranwell, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón

J. Larguía

Secretario

Buenos Aires, Mayo 18 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta n.° 2009 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de la apendicitis crónica. Tratamiento.

II

Diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la ovaritis.

III

Tratamiento de la apendicitis aguda.

BIBLIOGRAFIA

Pozzi, Ginecología.

Doleris, Ginecología.

Porier, Anatomía.

Labadie y La Graaf, Ginecología.

Fornier, Ginecología.

Hartmann, Revista Ginecológica.

Dieulafoy, Patología y Clínica Médica.

Claro, Anatomía.

Testut y Jacob, Anatomía Topográfica.

Lejads, Cirugía.

Amussat, Ginecología.

Aran, Ginecología.

Terrillon, Revista de Cirugía.

Lawson Tait, Revista Ginecológica.

Schrödes Terrier y Championnière, Ginecol.