



Año 1917

Núm. 3267

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

APÉNDICO - ANEXITIS

CONTRIBUCIÓN A SU PATOGENIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HERIBERTO T. FIORDA

Ex-practicante ad-honorem del Hospital de Niños 1910

Ex-practicante ad-honorem del Hospital Francés, 1911

Ex-practicante menor interno por concurso del Hosp. Torcuato de Alvear, 1912

Ex-practicante menor y mayor rentado por concurso de la A. Pública, 1913-16

Ex-practicante menor rentado por concurso del Hospital Italiano, 1915-16

Ex-practicante menor ad-honorem por oposición del Hosp. Rivadavia, 1915

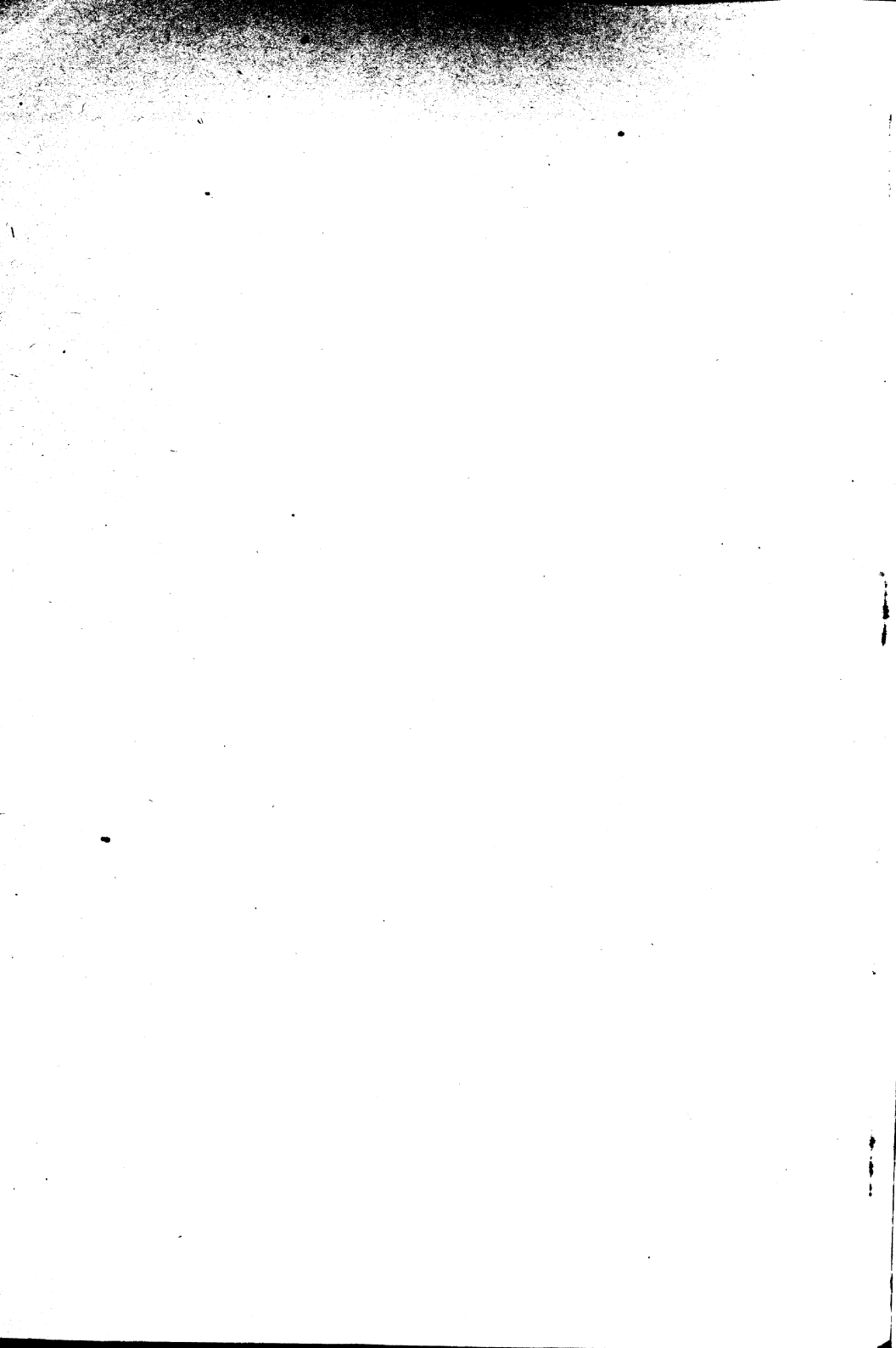
Ex-practicante mayor rentado por concurso del H. C. Durand, 1916



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1677 - BUENOS AIRES

Min. B. 22.11



APÉNDICO - ANEXITIS

CONTRIBUCIÓN A SU PATOGENIA

Año 1917

Núm. 3267

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

APÉNDICO - ANEXITIS

CONTRIBUCIÓN A SU PATOGENIA

- -

T É S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HERIBERTO T. FIORDA

Ex-practicante ad-honorem del Hospital de Niños 1910

Ex-practicante ad-honorem del Hospital Frances, 1911

Ex-practicante menor interno por concurso del Hosp. Torcuato de Alvear, 1912

Ex-practicante menor y mayor rentado por concurso de la A. Pública, 1913-16

Ex-practicante menor rentado por concurso del Hospital Italiano, 1915-18

Ex-practicante menor ad-honorem por oposición del Hosp. Rivadavia, 1915

Ex-practicante mayor rentado por concurso del H. C. Durand, 1916



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

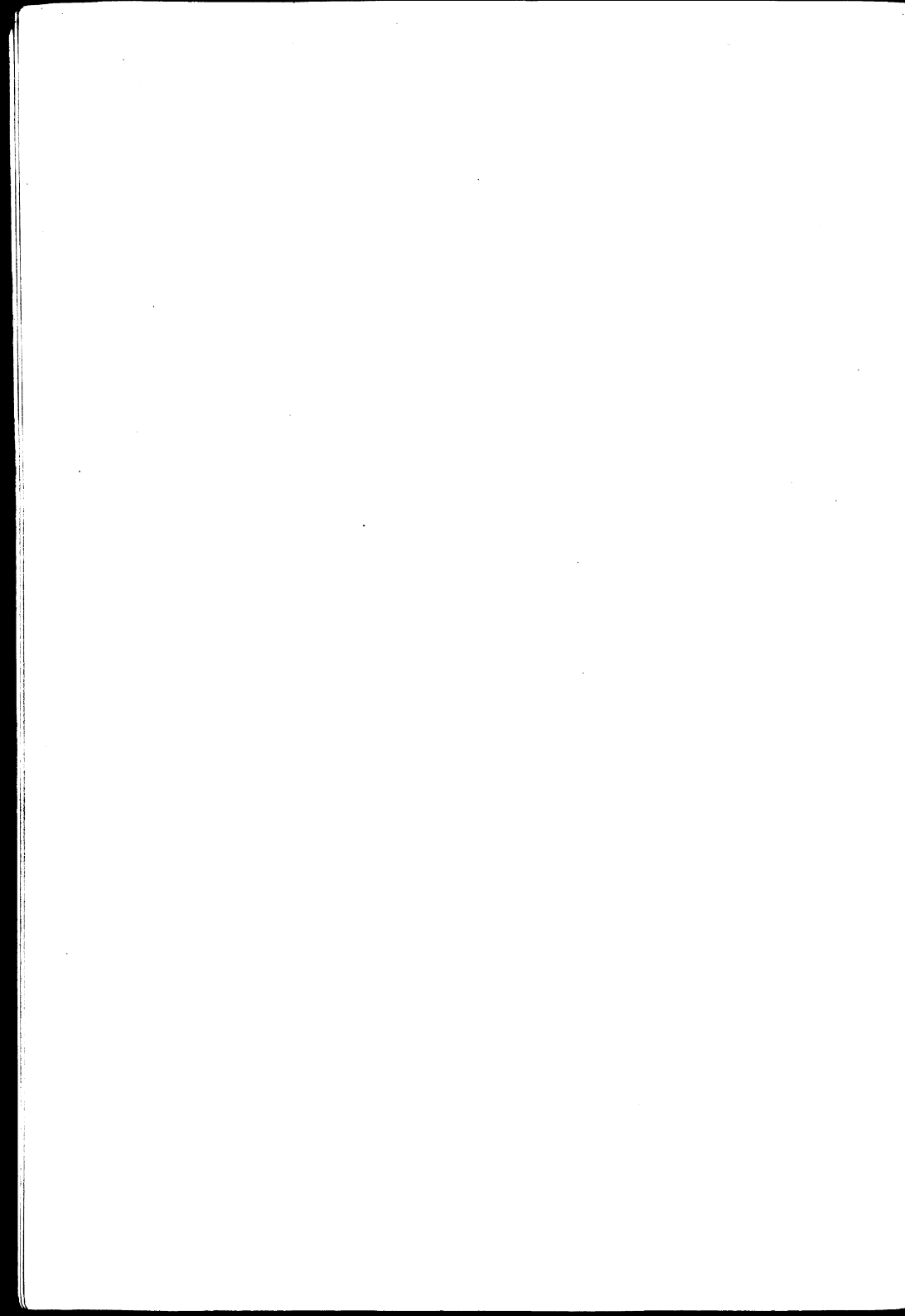
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

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

Secretarios

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

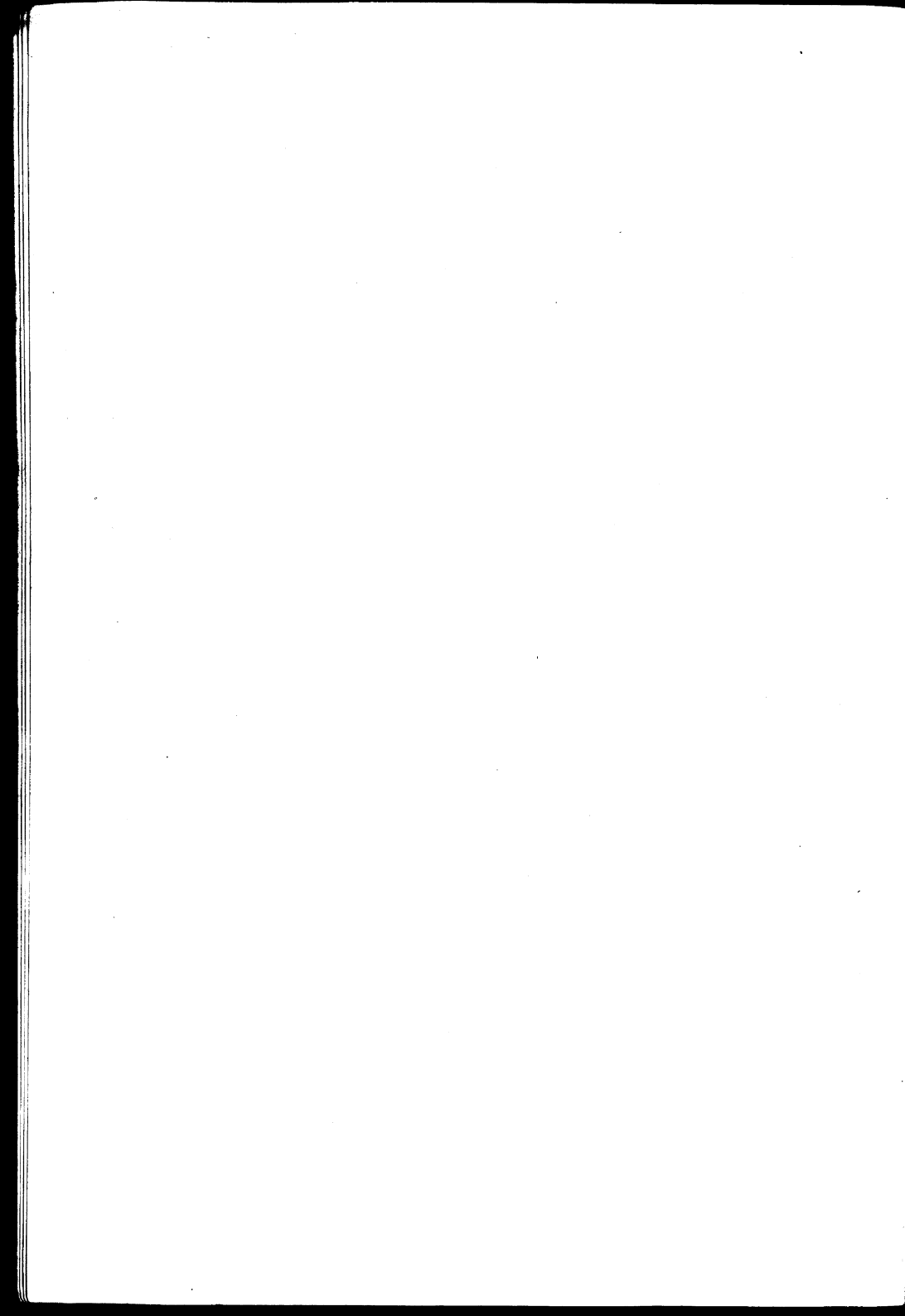


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. RAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE RAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSE ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSE F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GAMBOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA

DR. D. JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	.. LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	.. R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	.. JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	.. PEDRO BELOU
Histología	.. ROFOLFO DE GAINZA
Física Médica	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	.. HORACIO G. PISERO
Bacteriología	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	.. RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	.. GREGORIO ARAOZ ALFARO
..	.. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	.. TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-urinarias	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	.. JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	.. Vacante
.. Médica	.. LUIS GUEMES
.. Médica	.. LUIS AGOTE
.. Médica	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica	.. ANTONIO C. GANDOLFO
..	.. MARCELO T. VIÑAS
.. Neurológica	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Psiquiátrica	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica	.. SAMUEL MOLINA
.. Pediatría	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	.. DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecologica	.. ENRIQUE RAZTERRICA

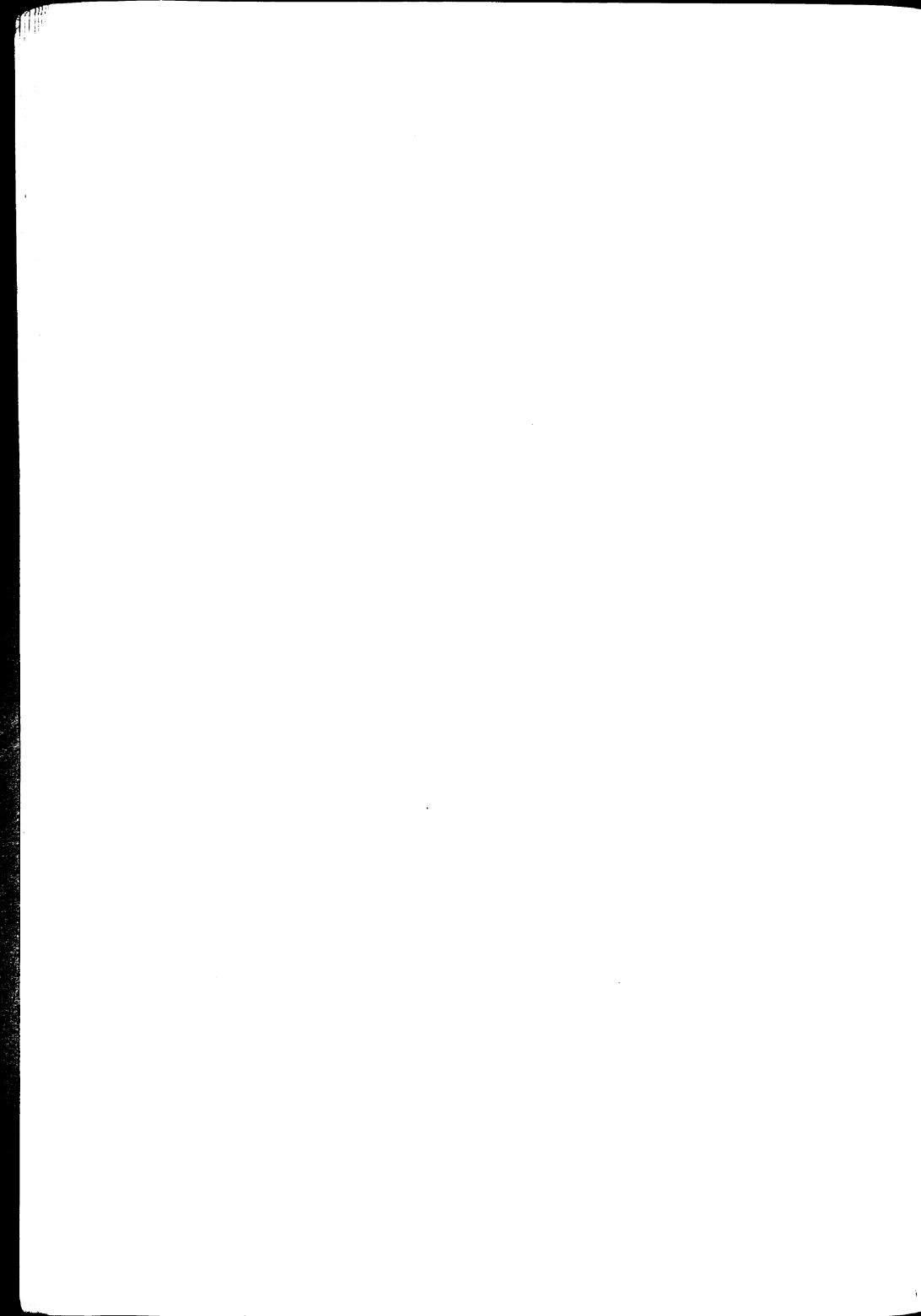
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	{ „ LEOPOLDO URIARTE
	{ „ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
	{ „ MARIANO ALFARRALDE
Clínica Pedlátrica	{ „ ANTONIO F. PISERO
	{ „ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	{ „ JOSÉ T. BORDA
	{ „ BENJAMIN T. SOLARI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	GUILHERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	EUGENIO GALLI
Bacteriología	FRANK L. SOLER
Química Biológica	BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica	RODOLFO RIVAROLA
Semelología y ejercicios clínicos	GERMAN ANSCHUTZ
Anatomía Patológica	SALVADOR MAZZA
Materia Médica y Terapia	BENJAMIN GALARCE
Medicina Operatoria	FELIPE JUSTO
Patología externa	MANUEL V. CARBONELL
Clínica Dermato-sifilográfica	CARLOS BONORINO UDAONDO
„ Epidemiológica	ALFREDO VITON
„ Oftalmológica	JOAQUIN LLAMBIAS
„ Oto-rino-laringológica	ANGEL H. ROFFO
Patología Interna	JOSE MORENO
Clínica Quirúrgica	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clínica Neurológica	CARLOS ROBERTSON
„ Médica	FRANCISCO P. CASTRO
„ Pediatría	CASTELFORT LUGONES
„ Ginecológica	ENRIQUE M. OLIVIER
„ Obstétrica	ALEJANDRO CEBALLOS
Medicina Legal	NICOLAS V. GRECO
	PEDRO L. BALINA
	FERNANDO P. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCO DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANZIVAR
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOB O SPANGENBERG
	MAMERTO ACUSA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOREO
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico „ MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica „ FANOR VELARDE

Puericultura „ UBALDO FERNANDEZ

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 C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	" FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	" J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	" FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	" RICARDO SCHATZ

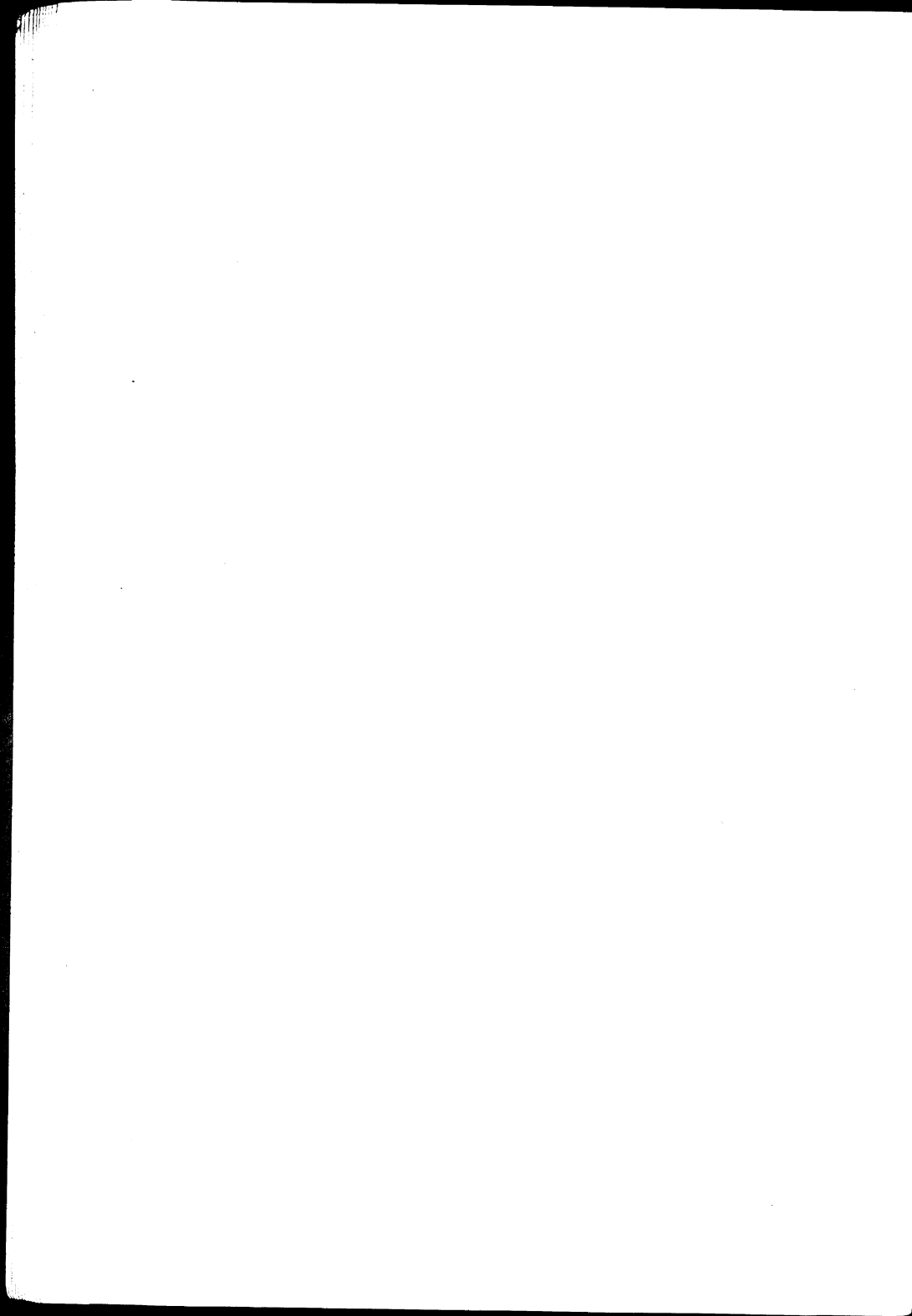
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	" PASCUAL CORTI
Física farmacéutica	" OSCAR MIALOCK
Química orgánica	DR. TOMAS J. RUMI
Química analítica	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica	" LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	" ANGEL SABATINI
	" EMILIO M. FLORES

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPARERORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMAS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS:

DOCTOR CARLOS ALBERTO CASTAÑO

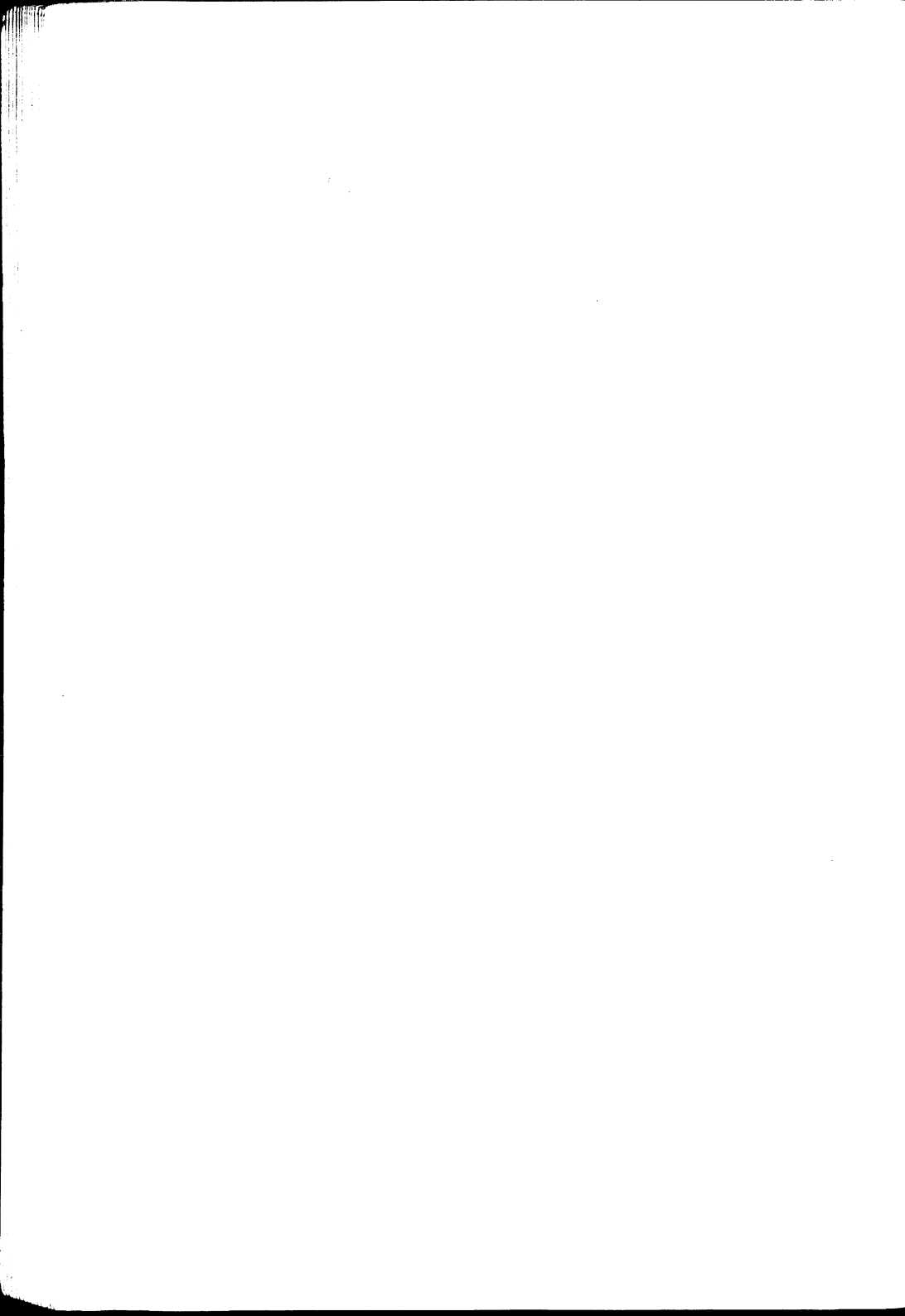
Adscripto a la cátedra de Clínica Ginecológica
jefe de Clínica de la Facultad de Medicina



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A MIS TIOS

A MIS PRIMOS

A MIS AMIGOS

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento ante vuestra consideración este modesto trabajo, requisito que nos exige el Reglamento de la Facultad para optar al título de Doctor en Medicina.

Quiero demostrar, al abandonar las aulas, mi gratitud por vuestras lecciones y consejos para el ejercicio de la noble profesión de médico.

A los doctores Castro, Viñas y Solé del servicio de Cirugía del Hospital de Niños, donde me iniciara en la práctica hospitalaria, mi gratitud.

A los médicos y practicantes compañeros de internado del Hospital Torcuato de Alvear, mi agradecimiento por las atenciones recibidas.

En la Asistencia Pública : al jefe del servicio médico permanente doctor Carlos Edo y a los médicos y compañeros de guardia, mi recuerdo imperecedero.

Del Hospital Carlos Durand, donde concluyera

mi vida estudiantil, quiero dejar constancia de los días agradables pasados en noble compañerismo con los médicos y practicantes.

Al doctor Carlos Alberto Castaño, mi gratitud, por el alto honor que me dispensa al apadrinarme en este trabajo

Historia

Recién en 1668, con Mauriceau, se llega a reconocer las supuraciones pelvianas.

Tulpins observa un caso de distensión tubaria derecha en el año 1872, el cual contenía una colección purulenta.

Frederic Ruysch encuentra en 1691, trompas distendidas y obliteradas por procesos inflamatorios que los atribuye al parto.

Astruc, en el año 1761, ya trata sobre la intervención, por la punción, en las hidropesías tubarias.

Mestivier, en el mismo año, fué el que reconoció por primera vez la enfermedad primitiva del apéndice, en un caso de absceso ilíaco derecho, que lo atribuyó al mismo apéndice cecal.

Portal, en 1803, en un importante estudio anatómico de las lesiones tubarias, hace una clasificación según su etiología.

Después de este autor, son muchos los médicos que se ocupan del estudio de las anexitis: Bright en 1838, Lisfranc en 1843, Arán en 1858, Nonat y Siredey en el 1860, Bernutz en 1862 y Gallardo y Brouardel en 1865.

Lo mismo en esta época de estudios sobre las anexitis, se señala el origen de las inflamaciones y abscesos determinados en la fosa ilíaca derecha por el ciego y el apéndice.

Louyer-Villermay en 1824 y Melier en 1827, hacen resaltar la importancia y reconocen la susceptibilidad del apéndice para contraer una enfermedad primitiva.

Melier mismo, después hace notar que las inflamaciones del apéndice, tanto agudas como crónicas, eran debidas al ciego; y que éste a su vez era el causante de la mayoría de las afecciones de la fosa ilíaca derecha.

Ya Cruveilhier y Scanzoni en 1858, hacían notar la frecuencia de las afecciones anexiales, más de lo que comúnmente se puede creer.

En 1865, Brouardel, hace notar la tuberculosis anexial.

Las inflamaciones pelvianas eran para los autores de este siglo, la terminación de una afección peritoneal. Se hablaba de afecciones llamadas parametritis, de flemones del ligamento ancho con su

periferia afectada, de abscesos flemonosos intra-pelvianos, etc.

Fitz, en el año 1886, en un artículo clásico, hace resaltar la importancia desempeñada por el apéndice en la etiología de las afecciones de la fosa ilíaca derecha y lo de su intervención precoz. Es él, quien bautiza con el nombre de «apendicitis» la inflamación del apéndice ileo-cecal.

Desde entonces, la apendicitis es considerada como una afección quirúrgica.

Pozzi, en 1890, hace ver la frecuencia con que se encuentra en el curso de intervenciones ginecológicas la adherencia del apéndice inflamado a los anexos derechos y llama por primera vez la atención sobre el origen intestinal de ciertas anexitis.

Clado hace una descripción del ligamento apendículo-ovárico y emite la opinión de que la infección de un órgano al otro y vice-versa era factible por la existencia de vasos.

Desde entonces, la apéndice-anexitis es objeto de estudios por Pozzi, Routier, Newmann, Fraenkel, Soupault, etc., para dilucidar el origen descendente, o sea apendicular de la afección.

En 1898 Barnsby, Besson en 1895, ambos de Montpellier, hablan de la apéndice-anexitis de origen ascendente, es decir, uterino.

La literatura médica hasta 1902, admitía que la apéndice-anexitis era de origen descendente, es decir, apendicular ; pero la consideraba muy rara.

Son muchos los autores que empiezan a ocuparse de la apendicitis como lesión inicial de una anexitis, y hacen notar las relaciones que existen en la apendicitis ; con el embarazo, la dismenorrea y las afecciones de los anexos.

El conocimiento de las lesiones anexiales secundarias a una apendicitis es de reciente adquisición.

Marry, en su tesis de 1903, admite el origen descendente.

Lowenhard, en 1904, aún admitiendo el origen ascendente, hace notar que la apéndice-anexitis, de origen descendente, es más frecuente.

Delanoe, en 1906 (tesis de Paris), Kelly and Noble, Doderlein and Kronning, Keen, Lafon (tesis de Paris, 1912), etc., hacen ver la importancia de la apendicitis en la etiología de las afecciones anexiales de la mujer.

Entre nosotros, el doctor A. Bello en su trabajo « Apendicitis y anexitis » cree el origen descendente muy poco probable, y el doctor A. Sicardi en su tesis sobre « Periapendicitis y anexitis » (1916) hace notar el origen ascendente.

Ultimamente, Jaime Moore, de Norte América,

donde estos estudios están en su apogeo, ha escrito en *Surgery Gynecologie and Obstetrice*, 1916, un artículo sobre «*Salpingitis Secondary to Appendicitis*», demostrando anatómicamente cómo la afección anexial es de origen descendente en la mayoría de los casos; cómo se ha exagerado el rol del gonococo, y cómo el colibacilo es el único imputable en las apéndice-anexitis de las mujeres sin antecedentes ginecológicos, en las vírgenes y en las casadas.

Las radiografías del apéndice de la mujer y las relaciones que existen con los anexos, han demostrado que el apéndice está muy lejos de guardar la posición asignada por las descripciones, y que casi siempre, sino está en situación pelviana, está muy por debajo de los puntos de Mac Burney o Lanz (Anbourg, 1910).

Situacion del apéndice y de los anexos

De la situación del ciego depende en gran parte la del apéndice.

Como todos los órganos residuales, vestigios del estado embrionario, a funciones mal definidas, el apéndice era considerado hasta no hace mucho como un órgano inútil, por todos los fisiologistas, y capaz únicamente de producir crisis apendiculares.

Ahora bien, según publicaciones recientes, esta opinión unánimemente adoptada sería inexacta.

Contrariamente a la opinión admitida, el apéndice no sería un órgano absolutamente supérfluo, en vía de atrofia.

Tiene al contrario, un rol esencial, a causa de elaborar una substancia, un hormon excitante de la contractilidad y tonismo del ciego, que últimamente ha sido aislado.

J. A. Riviére, fué el primero que emitió la

opinión de que el apéndice tenía una secreción específica.

Mac Ewan, de Inglaterra, continuó los estudios de Riviére, y llega a la conclusión de: «no hay órgano inútil; un órgano realmente inútil hubiera desaparecido. Del momento que un órgano existe, es porque él tiene su función, evidente o latente, notoria o no supuesta».

«Es el caso del apéndice ileo-cecal, en quien no obstante las apariencias, las secreciones específicas ejercen una influencia sobre el quimismo y dinamismo del tubo digestivo».

Ahora bien, la ptosis del ciego sería debido a un trastorno de la secreción interna del apéndice; salvo los casos de longitud anormal del ciego y del colon ascendente.

Según Lardenois, la ptosis cecal sería debida a la persistencia de una movilidad excesiva de la porción inicial del intestino grueso.

El relajamiento de la pared abdominal, un corset defectuoso, una pelvis ancha, etc., son causas de ptosis cecal.

Cuando el ciego está en situación pelviana, es muy movable.

Anbourg, en 1910, con la radiografía confirma el hecho de que el ciego está situado más bajo de lo que los tratados al respecto dicen, puesto

que los puntos de Lanz y Mac Burney corresponden raramente al fondo de saco del ciego, y que es más abajo de estos puntos que se debe buscar los puntos dolorosos de la apendicitis.

«Grosso modo» haremos una descripción del apéndice.

Nosotros sabemos que el ciego termina por el apéndice ileo-cecal, variable en situación y dirección.

El apéndice toma inserción a 2 o 3 cms. debajo del ángulo ileo-cecal, sobre la pared interna o póstero-interna del ciego.

De longitud variable, puede decirse que el término medio es de 8 a 9 cms.

Los siguientes autores han encontrado en apéndice-anexitis, el apéndice de diferente longitud :

Georgieff	24 cm.
Lafon	8 »
Lowenhard	14 »
Gegenhauer	20 »
Laforgue	3 »

El doctor A. Bello encontró en una autopsia el apéndice largo de 20 cm. en el fondo de saco de Douglas y recostado contra el anexo izquierdo.

Lafón, en su tesis de 1912, dice que la longitud del apéndice predispone a su inflamación.

Legueu ha encontrado en 14 por ciento de las autopsias, el ciego y el apéndice en la cavidad pelviana en relación con anexos.

C. Marry, en su tesis de 1903, dice que la situación del apéndice en posición baja, es tanto más frecuente cuanto el individuo avanza en edad. También le atribuye como factor etiológico, el embarazo y el uso del corset.

No es necesario que el ciego esté en situación pelviana para que el apéndice lo sea. Vautrin, dice que es posible que anomalías congénitas hagan que en la vida fetal, a consecuencia de adherencias con el ovario, por ejemplo, arrastre al apéndice en el curso de su emigración haciéndole descender.

Guido Lerda, basándose sobre la embriogenia; en un trabajo reciente publicado en la « Presse Medicale », 1912, distingue 3 variedades :

1ª Apéndices normales o anormales descendidos.

2ª Apéndices ectópicos altamente situados.

3ª Apéndices distópicos por descenso anormal de la porción ceco-apendicular, hacia la pelvis, la región umbilical, etc.

Ambourg, en 1910, aplica los rayos X para ver la situación del apéndice y sus relaciones.

Ambourg, da una lechada de carbonato de bismuto y practica la radiografía a las 18 horas. Se-

gun el mismo autor, el apéndice no corresponde al punto de Mac Burney; a veces está muy por debajo de este punto o se va hacia la línea media.

Esto viene en favor de las observaciones de Lanz y de Lejars, sobre la variación de situación del apéndice.

Lafón, en un estudio crítico del dolor en el punto apendicular, concluye diciendo que este punto no corresponde siempre al apéndice.

Los autores, difieren en la manera de clasificar la situación y dirección del apéndice. En un cuadro, resumo las clasificaciones de los autores en las tres formas conocidas para su mayor comprensión. La estadística al respecto es poco numerosa.

Situación y dirección del apéndice

Autores	F O R M A S		
	Ascendente	Descendente	Pelviana propiamente dicha
Barnsby	11 %	57 %	32 %
Gilis	36	42	32 en 117 casos
Robinson	—	—	25 %
Lowenhard...	—	—	20 %
Laforge	—	21 %	20 %
Berard	—	30 %	—
Alglave	—	—	17 % 6 en el saco de Douglas
Marchand....	—	4	4 con los anexos en 8 casos
Legueu	—	—	14 % con el ciego
Vallee.....	—	—	2 %

CONEXIONES NORMALES CON LOS ANEXOS

Dos clases de conexiones pueden existir entre el apéndice y los anexos derechos : por el peritoneo y por el ligamento apendículo-ovárico de Clado. Por el peritoneo, dice Lowenhard : « En la parte

superior y externa del ligamento ancho, en su porción envolvente como un meso, los vasos ováricos, se extiende hasta la pared pelviana lateral a nivel o debajo del estrecho superior y presenta allí conexiones variables, pero posibles con la pared intestinal. Es decir, conexiones con el colon sigmoideo a izquierda y con el ciego a derecha : son los repliegues génito-enterales de Treitz ».

En cuanto al ligamento de Clado, las opiniones sobre su existencia difieren : vistos por muchos, son negados por otros.

Barnsby, Berard (de Lyon), Souligaux (de Paris) y Ledouble (de Tours), basados en un número considerable de exámenes, dicen no haber encontrado comunicación entre el ovario y el apéndice, bajo forma de ligamento o comunicación linfática.

En cambio hay autores que no sólo han encontrado el ligamento de Clado, sino que también describen un pequeño ganglio linfático, como Tixier y Viannay.

Durand, Binkley, Kruger y Treub, describen este ligamento. Dice Clado, a propósito de su ligamento : « Levantando el apéndice ileo-cecal se puede ver un repliegue peritoneal partiendo del meso-apéndice para continuarse con el borde superior del ligamento ancho. Este repliegue es falciforme, a concavidad superior ; su parte media responde a los

vasos ilíacos y mide 1 o 2 centímetros de altura. Este ligamento es constante en la mujer y se encuentra a veces vestigios en el hombre, bajo forma de un pequeño repliegue que cruza los vasos ilíacos y se pierde en la pelvis.

»Tiene vasos linfáticos que ponen en comunicación las atmósferas celulosas de los dos órganos y permiten a los microorganismos transmitirse del uno al otro».

Marry, admite el ligamento de Clado ; pero hace notar su poca frecuencia. Embriológicamente, el ligamento de Clado, representa el resto del meso que envuelve al ovario en el tiempo de su descenso.

El doctor Bello, en sus observaciones en el anfiteatro sobre el ligamento de Clado, hace notar que es poco frecuente ; pero que existe.

Los autores llegan más o menos a estas conclusiones : el apéndice se halla en situación más o menos inmediata de los anexos derechos y que no existe relación de continuidad directa entre los ligamentos y los vasos de estos dos grupos de órganos : apéndice y anexos derechos.

Si bien Barnsby dice que sus investigaciones sobre las comunicaciones vasculares subserosas, entre linfáticos útero-ováricos y apendiculares, han sido negativas, no quiere decir que sea absoluta la falta de conexión, puesto que, como él mismo

dice, las investigaciones no han sido hechas sobre un gran número de casos.

De todas maneras, nosotros vemos por las estadísticas sobre situación y dirección del apéndice, levantadas al respecto, lo común de la situación pelviana en la mujer.

Y cuando el apéndice es pelviano, el contacto con los anexos es forzoso, como dice muy bien A. Bello

Por consiguiente, la inflamación del apéndice puede comunicarse con facilidad a los anexos derechos.

Etiología y patogenia

Haremos unas ligeras consideraciones sobre la apendicitis en la mujer, para después entrar de lleno al estudio de su asociación frecuente con los anexos.

El máximo de frecuencia de la apendicitis en la mujer es entre los 10 años y los 25 años de edad, es decir, en plena evolución genital. Frecuente durante la pubertad, según otros.

Las estadísticas no son seguras sobre la apendicitis en la mujer. Se debe pensar que esto sea debido a que en los ataques ligeros los síntomas pasen desapercibidos por no ser alarmantes y no se sienta diagnóstico.

Treub, para explicar la poca sintomatología de la apendicitis en la mujer, se apoyaba sobre la existencia del ligamento apendículo-ovárico de Clado, y decía que los productos infecciosos del apéndice se introducían por dicho repliegue, en el ligamento

ancho y la afección sería de esta manera muy atenuada, pasando casi desapercibida.

Es de observación común la apendicitis consecutiva a una amigdalitis, a una gripe.

La fiebre tifoidea, las fiebres eruptivas, la parotiditis epidémica, son otras tantas causas predisponentes a una apendicitis.

Pozzi, ha observado 4 casos de anexitis consecutiva a la tifoidea, propagadas por el apéndice, y otros 3 casos más, en enteritis.

Geluboff, en Berliner Klin., en el año 1897, decía que la apendicitis aguda, debía considerarse como infecciosa y epidémica, basado en observaciones que hiciera en los colegios de Moscou.

El tejido linfoideo del apéndice es el sitio de predilección de localización de los agentes infecciosos, según Adrian, y que proceden de la circulación general.

El proceso que se desarrolla en una apendicitis, se inicia por la infección de la mucosa apendicular, en la cual se forma una inflamación flemosa en cualesquiera de los repliegues. Esta inflamación se desarrolla en forma de cuña, cuyo vértice está dirigido a la mucosa y la base a la serosa que recubre el apéndice.

El apéndice extirpado a las pocas horas del primer ataque, tiene todo el espesor de su pared

infiltrado por la cuña flemonosa. Esta rapidez en llegar a la serosa peritoneal determina una periapendicitis más o menos pronunciada, con formación de exudado. El peritoneo, tiene la particularidad de desplegar adherencias precoces, por su cualidad plástica en todos los procesos flogísticos. Estas adherencias se organizan a los pocos días del primer ataque.

Si el vértice del apéndice está en relación con los anexos, éstos reciben pronto, una descarga infecciosa.

La apendicitis en sus tres etapas: foliculitis, perifoliculitis y linfangitis llega a lesionar así los anexos.

Ahora bien, es necesario reconocer la importancia que tiene en sus relaciones con los procesos pelvianos, la apendicitis en la mujer.

No sólo las relaciones normales que tiene en su posición pelviana el apéndice con los anexos, predispone a éstos ser infectados, sino que también las malformaciones congénitas o adquiridas son causas coadyuvantes.

Está fuera de duda, que la evolución de una inflamación en un órgano tan vecino de los órganos genitales, es susceptible de influenciar sobre éstos, sobre todo en la pubertad, época en que la evolución de los órganos genitales, es rápida.

La presencia de una inflamación aguda o crónica en la vecindad de los anexos, por ejemplo, el apéndice, en el momento de la congestión pelviana menstrual, puede determinar una infección de vecindad, fuera de toda comunicación vascular, y el apéndice inflamado puede sembrar directamente sus agentes patógenos en la trompa derecha en erección.

En los casos de una inflamación crónica del apéndice y no habiendo adherencias, puede en el momento de la menstruación, cuando todo el sistema nervioso está sobreexcitado, determinar por vía refleja trastornos en la regularidad del derrame sanguíneo y sobre todo provocar dolores durante este derrame. Y la menstruación ser causa excitante de un ataque apendicular a repetición, atribuyéndose los dolores a los órganos genitales que suelen estar lesionados.

Con más razón la turgescencia de los órganos genitales, sobre todo en las primeras menstruaciones, puede ser dificultada y volverse dolorosa por la presencia de adherencias fijando el apéndice al ovario.

Dice Lowenhard : « La forma de apendicitis crónica d'emblée, a evolución lenta e insidiosa, la apendicitis larvada de Siredey, podrá determinar toda afección genital orgánica, y es necesario recordar

como es insidiosa la evolución de estas apendicitis, y como a menudo se ha encontrado en intervenciones sobre el vientre, apéndices no habiendo dado lugar a ningún síntoma mórbido y presentando al corte histológico lesiones muy avanzadas ».

La apendicitis crónica es responsable en muchos casos de dismenorrea, esterilidad, anexitis, etc. De ahí, que en las mujeres jóvenes se debe sospechar siempre en una posible afección del apéndice.

Es frecuente encontrar en las autopsias, apéndices con vestigios de inflamaciones pasadas. Letulle, en 1000 autopsias ha encontrado, y afirma que en el adulto casi no existe, un apéndice normal. En todos los apéndices observados ha constatado que los folículos linfoides presentan en algún punto, restos patológicos con su zona de esclerosis de una inflamación pasada. Taft en 500 autopsias ha encontrado 36 por ciento de apéndices con signos evidentes de una apendicitis remota.

Aschoff en 126 intervenciones ginecológicas extirpó sistemáticamente el apéndice : 66 por ciento de los apéndices tenían los vestigios de una apendicitis pasada.

El mismo, ha demostrado que la inflamación aún ligera del apéndice deja reliquias. En la capa muscular del apéndice se producen unas formaciones cicatriciales segmentarias que al retraerse per-

duraban aún después de mucho tiempo del ataque de apendicitis. En la forma ulcerosa de la mucosa del apéndice, si era extensa, la mucosa al cicatrizar producía retracciones o adherencias obturando el orificio apendicular.

La segmentación o la estenosis del apéndice, son los signos característicos, según Aschoff, de una apendicitis pasada, y que cerca de un 50 por ciento de las mujeres sufren durante la época de madurez sexual un ataque de apendicitis.

Es de observación común, en las intervenciones por lesión anexial derecha, encontrar el apéndice adherido, lo que ha dado lugar que se discuta su punto de partida.

En una mujer con hijos o sin ellos, o virgen, en ambos casos sin antecedentes patológicos, ¿es la vía ascendente o descendente la que propaga la lesión del anexo al apéndice o vice-versa ?

En otros términos : ¿la apendicitis abre la escena y engendra las anexitis secundarias ? Dejando de lado las apendicitis de origen netamente anexial, es decir, ascendente, por tener antecedentes ginecológicos, nos ocuparemos de las anexitis de origen apendicular.

Pozzi, relata el caso de una mujer que tuvo un absceso pelviano, probablemente de origen apendicular, que se hizo camino hacia la vagina, por

donde se eliminó el pus. El pus infecta la vagina y por vía ascendente provoca una salpingitis.

Lowenhard, admitiendo la frecuencia de la propagación de una afección anexial al apéndice, opinión admitida por Barnsby en su tesis, establece también que es absolutamente lógico considerar que la infección puede hacerse en sentido inverso. Y para Lowenhard, la propagación por vía descendente es más frecuente.

Las estadísticas americanas de Binkley, prueban la frecuencia de la anexitis izquierda en las afecciones uterinas, por la disposición anatómica de la trompa izquierda que es mucho más ancha que la derecha, lo que facilita en mucho, la propagación de la lesión uterina.

Sostiene que cuando se encuentre apendicitis y anexitis derecha, pero sin lesión macroscópica del anexo izquierdo, debe suponerse que la lesión anexial es de origen apendicular.

En casos así, veremos que aunque haya anexitis doble con apendicitis, la lesión inicial siempre será apendicular, puesto que sabemos, cuán fácil es la propagación de la infección del anexo derecho al izquierdo.

Lowenhard, demuestra y sostiene que en sus enfermas con apéndice-anexitis, ha encontrado siempre un debut intestino-apendicular. «¿Cómo expli-

car de otra manera, dice, la existencia de un apéndice-anexitis en una virgen o en una mujer sin antecedentes ginecológicos ? ».

En la apendicitis, la mayor parte de las veces la infección asienta en la punta del apéndice, y como su relación con los anexos es común, se propaga con facilidad a ellos.

De ahí que el apéndice puede estar adherido por su punta con los anexos derechos, en los cuales se ha intervenido, y pasar desapercibido o presentar tan escasas alteraciones, que sólo el examen detenido macro y microscópico demuestra su alteración.

Hay lesiones apendiculares que después de haber enfriado y haber retrocedido, han dejado constituir la lesión genital bajo forma de anexitis, no quedando más trazas de la lesión primitiva, que algunas adherencias de la punta del apéndice. La anexitis, una vez constituida, evoluciona por su propia cuenta. La trompa derecha infecta a la izquierda y la anexitis doble queda constituida. A los síntomas de la anexitis vienen a meundo a juntarse los de una metritis; pero la trompa izquierda es siempre menos enferma que la derecha.

Aschoff y Pankow, dicen que una gran parte de los procesos anexiales son debidos a la propagación de un proceso apendicular y que anterior-

mente se atribuían a los agentes bacterianos como el estreptococo y el gonococo.

Los trabajos de Noggerath y Sanger sobre las afecciones de los órganos genitales de la mujer, causadas por el gonococo, y la importancia que a este agente dan dichos autores, no pueden ser tomados al pie de la letra, por «no estar completos ni resistir a una crítica severa», para Doderlein y Kroning.

Estos autores, dicen que se ha exagerado su papel a la gonococcia como causa de afecciones anexiales, y que ya no es permitido dudar de la influencia del proceso apendicular en las afecciones anexiales, mucho más frecuentes de lo que las obras de ginecología señalan al respecto.

Jaime Moore, de Minnesota (Norte América), últimamente en *Surgery Gynecologie and Obstetrics*, 1916, basado en la anatomía y disposición de las trompas, demuestra el origen descendente de la apéndice-anexitis.

Dice J. Moore : « El orificio interno de la trompa está casi cerrado, predispuesto por la naturaleza, para evitar la entrada de los bacterios y no caer en la cavidad peritoneal.

Al contrario, el orificio externo de la trompa en las franjas, está abierto, y por lo tanto, presenta

mayores facilidades para que los bacterios del peritoneo puedan penetrar.

Las trompas normalmente son estériles y no presentan disposición a infectarse por vía ascendente, salvo en condiciones anormales. Y aún mismo, en condiciones así anormales es más fácil la infección de origen descendente, que ascendente ».

La salpingitis es una complicación de la apendicitis ; pero hay otras causas que producen salpingitis.

« Está demostrado, que hay casos de infección anexial por el peritoneo, y que éste lo es a su vez por el apéndice ».

Para él : « Los años que transcurren, después de un ataque de apendicitis benigna, dejan salpingitis graves ».

« Está establecido, que el porcentaje de salpingitis por apendicitis, debe ser más elevado de lo que se piensa, fuera de las ocasionadas por las inflamaciones pelvianas ».

Cita el caso de una mujer de 30 años, virgen, a quien se le diagnostica salpingitis ; pero sin poder encontrar la causa. Operada esta mujer se encontró los anexos derechos con pus y el apéndice adherido. En este caso la infección no ha podido ser ascendente por faltar antecedentes ginecológi-

cos, y que la anexitis era debida a una apendicitis que no había dado sintomatología alguna.

Lo mismo en otras dos mujeres casadas, pero sin antecedentes ginecológicos; encontró apéndice-anexitis de origen descendente. Marión, cita el caso de una virgen de 19 años, habiendo tenido una crisis de apendicitis, que se hizo enfriar y que al año y meses, presentaba trastornos de origen ane-xial. Operada, encontraron el apéndice bajo y completamente adherido a la trompa y ovario derechos.

Pozzi, en ciertas anexitis admite el origen intestinal, por la propagación de la infección en las neomembranas nacientes.

Legueu, dice haber encontrado a menudo la punta del apéndice solamente enfermo, desde que el contacto con los anexos no se efectuaba sino en la punta. Esta constatación, hecha por Legueu, apoya las ideas de Treub y de Duncan, quienes también sostienen que la inflamación del apéndice se propaga a los anexos derechos.

Doleris, en una comunicación a la Sociedad Obstétrica de Paris, hace notar que en una intervención de apéndice-anexitis el apéndice munido de un meso tenía las apariencias de normal, salvo una ligera vascularización.

Varios son los autores que al intervenir por una

anexitis o por una apendicitis, se han encontrado con las dos juntas, es decir, apéndice-anexitis.

Ochsner	encontró el	30 %
H. A. Kelly	» »	12 %
Amann	» »	6 %
Durhssen	» »	3 %
Pankow	» »	50 %
Aschoff (84 en 126 casos)...	» »	66 %
Krueger (21 en 21 casos).....	» »	100 %
Goldstine	» »	12 %

Hay autores, como Ochsner, que relacionan los quistes ováricos a apendicitis primitivas o descendentes.

Deaver, sostiene que la apéndice-anexitis es de origen descendente.

La observación microscópica del contenido de una anexitis, ha demostrado la existencia del colibacilo, que es muy común, y otros microbios huéspedes habituales del intestino. Moore ha encontrado el colibacilo en anexitis con adherencias intestinales.

Son muchos los autores que sostienen que la mayoría de las salpingitis son debidas al gonococo; pero que hay otras que son debidas a otras bacterias.

Se ha encontrado el estreptococo en apéndice-

anexitis; pero ha habido muchos casos en que el cultivo del pus ha sido completamente negativo, como el citado por Kelly en una apéndice-anexitis doble.

Pankow, ha encontrado la siguiente proporción en 400 anexitis :

Por el gonococo	43 %
Post-apendicítico	22 %
Tuberculosis	22 %
Séptico	13 %

Y Goldstine en 328 casos de salpingitis encontró la etiología evidente por :

Gonococo	197 casos
Puerperal	43 casos
Varios	86 casos
Apendicular y anexial	12 casos
Trompa envuelta por el apéndice pelviano	5 casos

Como vemos, estas estadísticas no son del todo exactas, porque entre los sépticos y los varios de Goldstine, cuya etiología es dudosa, muy bien pueden ser debidas a apendicitis ignoradas y cuya resección no se hiciera.

Consideraciones

El hecho de que el apéndice sea la causa primera de la infección en las apéndice-anexitis lo tenemos probado con hechos clínicos bien constatados después en la intervención, habiéndose seguido el proceso desde su iniciación. Es en el servicio de ginecología y cirugía abdominal del profesor Bazterrica, donde el estudio detenido de estas cuestiones ha venido haciéndose desde años atrás, juntándose numerosas piezas y preparados histológicos de ellos, enunciándose la opinión que se tiene en ese servicio en las publicaciones hechas en los Anales de los años 1914 y 1915 por el doctor C. A. Castaño.

Tenemos el caso n.º. I, enferma que ocupa la cama 19, muchacha virgen, que llega de Ingeniero Luiggi, de 18 años de edad, iniciándose su enfermedad, por un ataque agudo en todos los carac-

teres de una apendicitis, seis meses antes del ingreso al servicio (ver observaciones clínicas).

Dolor alto en el punto de Mac Burney que persistía en él, presencia del himen, ninguna lesión en sus órganos genitales. Después de ese ataque es examinada en el servicio de ginecología por el doctor Castaño, quien constata que del dolor primitivamente localizado en el punto de Mac Burney, se había hecho descendente, pelviano, tomando la fosa ilíaca derecha y más tarde la izquierda. Se establece una dismenorrea premenstrual acentuada (tipo ovárico), no hay flujo, el tacto revela dolor en ambos fondos de saco, percibiéndose con dificultad por la presencia del himen, una tumefacción difusa que envuelve ambos anexos y el peritoneo pelviano, se diagnostica entonces una perimetrosalpingitis (pelviperitonitis) sin alcanzar su origen; la enferma se tiene en reposo, a hielo, lavajes, etc.; mejora mucho y dada su escasa edad se decide esperar, antes de intervenirla, dándosele el alta.

Al mes llega al servicio nuevamente, persistiendo sus dolores en ambas fosas ilíacas, dismenorrea, constipación, trastornos digestivos. Se ha casado hace poco tiempo; no ha tenido ningún ataque agudo, pero la persistencia del dolor la obliga a regresar al hospital. Se constata un útero en ante-flexión, poco movable, doloroso, cuello cónico, pe-

queño de nulípara, no hay leucorrea. Anexo derecho del tamaño de un huevo de gallina, empastado, fijo, doloroso, pegado al útero, a la parte derecha, continuándose hacia arriba con un cordón que se percibe a la palpación abdominal, fijo, que duele al comprimir el ciego, y el anexo izquierdo un poco más pequeño, adherente también y doloroso.

Operada esta enferma por el doctor C. A. Castaño, se constata un ciego descendido pelviano, el apéndice del grosor de un dedo meñique de adulto, seccionado espontáneamente, quedando un pequeño muñón junto al ciego y el resto envuelto en fuertes adherencias, forma parte integrante del anexo derecho, pegado al ovario que no se reconoce bien, quístico envuelto en adherencias con la trompa. Se desprende, se extirpa. El anexo izquierdo constituido por una trompa ligeramente engrosada, con proceso de paquisalpingitis intensa, que la adhiere al ovario. El examen histológico de la pieza practicado por el doctor Marcó del Pont demostró un proceso inflamatorio crónico en el anexo derecho y el apéndice incrustado en la pared ovárica, formando parte integrante de ella.

Si analizamos esta importante historia, que hemos sólo extractado en partes poco salientes que a nosotros nos interesaba, vemos que el ataque primero agudo de la enferma, siendo ella soltera, fué

apendicular, perforándose el apéndice, trayendo un proceso de peritonitis localizada, siendo el apéndice de ella descendente pelviano, ese proceso peritoneal hizo que él se adhiriera al ovario derecho, y produjo luego la pelviperitonitis (perimetrosalpingitis), segunda etapa con que ingresó al servicio. Mejoró, salió de alta, quedando con su anexitis constataada al tacto y por sus síntomas subjetivos y objetivos. No tuvo ninguna infección genital ascendente, no había metritis, ni leucorrea; vuelve al servicio con sus anexos enfermos y apéndice y es operada, saliendo luego curada.

Junto a este caso podemos relacionar otro habido en el servicio de ginecología del profesor Bazzerrica en aquella época de la epidemia de gripe a neumococo (ver observaciones clínicas), donde se registraron todas las complicaciones producidas por ese agente, dando lugar al sabio maestro doctor Méndez a que descubriese la enfermedad que hoy lleva su nombre, la gripe abdominal a neumococo, y la forma de hacerse la infección.

Este caso que relataremos someramente también viene a confirmar el origen intestinal (apendicular) de la infección y también de que el agente patógeno que puede llegar a los anexos no es siempre el gonococo, sino también puede ser el neu-

mococo, y que, sin embargo, los autores no lo mencionan.

Caso n°. 2 : Se trata de una enferma que viene a ocupar la cama número 36, acaba de pasar por un ataque de apendicitis aguda, en plena gripe, que hizo su gran plastrón, fiebre, etc., ingresa al servicio trayendo una pleuresía purulenta del lado derecho, que es operada por el doctor Castaño, haciéndosele una costotomía, constatándose el neumococo en el pus. Curó de esto, mejora de su vientre (apéndice), se hace una pleuresía del lado izquierdo que cura con el haptinógeno neumo Méndez (caso publicado por el doctor Castaño); sale del servicio a reponerse para ser operada de su apéndice.

La enferma sigue sufriendo del lado de su bajo vientre, tiene una dismenorrea premenstrual, dolores persistentes en ambas fosas ilíacas, trastornos digestivos, etc. Reingresa al servicio sala 10, cama 38 y operada por el doctor Castaño, encontrándose un grueso apéndice adherido al anexo derecho, fuertes adherencias, trompa espesada con pabellón obstruido, ovario quístico del tamaño de un huevo de gallina, proceso de perimetrosalpingitis que se extiende también al anexo izquierdo, ocupando toda la pelvis. Se extirpa apéndice y anexo derecho que es el enfermo. La enferma sale curada.

Aquí vemos también netamente el proceso se-

guido por la enfermedad de origen neumocócico; se establece una apendicitis que toma el peritoneo pelviano, ataca al anexo derecho y parte al izquierdo, en una enferma sin pasado genital, trae complicaciones anexiales del mismo origen.

Infección hecha al anexo sea por adherencias que traen vasos de neoformación y linfáticos; sea por la vía primitivamente establecida en el ligamento de Clado que hemos descripto.

Que la afección es primitivamente apendicular, es probada, como lo sostiene el doctor C. A. Castaño en estos casos que pasamos a relatar en observaciones clínicas, también tomados de los Archivos de Historias del servicio de ginecología del profesor Bazterrica, donde se encuentran perfectamente documentados 49 volúmenes, conteniendo las historias clínicas de todas las enfermas que han pasado por ese servicio. Estos casos son verdaderas experiencias clínicas, diremos, pues demuestran claramente y casi experimentalmente la vía seguida por la infección en la apéndice-anexitis. Se trata en estos casos, de matriz sana, trompas perfectamente normales, enfermas que no han tenido ningún pasado genital, ni síntomas subjetivos del lado de él y donde se encuentra un absceso único del ovario derecho, adherido al apéndice engrosado, adherente con un proceso de apendicitis crónica. ¿Cómo llegar

a establecer esa ovaritis purulenta derecha (casos III y IV), teniendo trompas sanas y ovario izquierdo sano ?

Sabemos lo frecuente que son las lesiones a predominio izquierdo en la mujer, cuando ellas son genitales, es decir, infecciones ascendentes ; aquí nada de ésto encontramos, sino un proceso infeccioso establecido del lado poco común de encontrar cuando es unilateral la infección, y un apéndice netamente enfermo, que ha traído como se recoge en los antecedentes de la enferma, los primeros síntomas de enfermedad y que tomando luego un camino descendente ha ido a establecerse en el ovario derecho, produciendo un absceso ovárico.

Vemos bien pues, el origen de la afección y estos dos casos bastan por sí solos para que podamos asegurar la tesis que sostenemos.

Sintomatología y Diagnóstico

Puede hacerse la apendicitis primitivamente con su cuadro propio, pasar un cierto tiempo con los síntomas luego de apendicitis crónica y poco a poco ir estableciéndose la anexitis, segunda etapa de la infección.

Puede desde un comienzo producirse una apendicitis aguda y peritonitis y quedar desde entonces constituida la anexitis con pelvi-peritonitis.

Puede hacerse una apendicitis d'emblée con sintomatología escasa (apendicitis crónica) y predominar desde un principio los síntomas anexiales.

Puede hacerse la apendicitis crónica y al cabo de mucho tiempo comenzar la anexitis (la oovaritis en estos casos).

Según estas diferentes formas de establecerse la infección variarán los síntomas ; pero siempre se recogerán en los antecedentes la iniciación apendicular, quedando el predominio del dolor del lado

de la fosa ilíaca derecha, más bajo que el punto de Mac-Burney, o comenzando en el punto de Mac-Burney se continúa por empastamiento difuso o cuerda dolorosa hasta el anexo y establecerse la anexitis, sea únicamente derecha o sino bajo forma de poussées de pelvi-peritonitis, tomándose el peritoneo pelviano, crear adherencias y propagarse por ellas la infección a ambos anexos y establecerse una anexitis doble.

Cuando la infección queda del lado derecho puede llegar a la trompa únicamente, hacerse una salpingitis sola, o envolver a trompa y ovario (salpingo-ovaritis), o atacar solo al ovario como en los dos casos citados (III y IV caso de observaciones clínicas) y tener entonces la ovaritis, o más bien la apéndice-ovaritis, como dice C. A. Castaño.

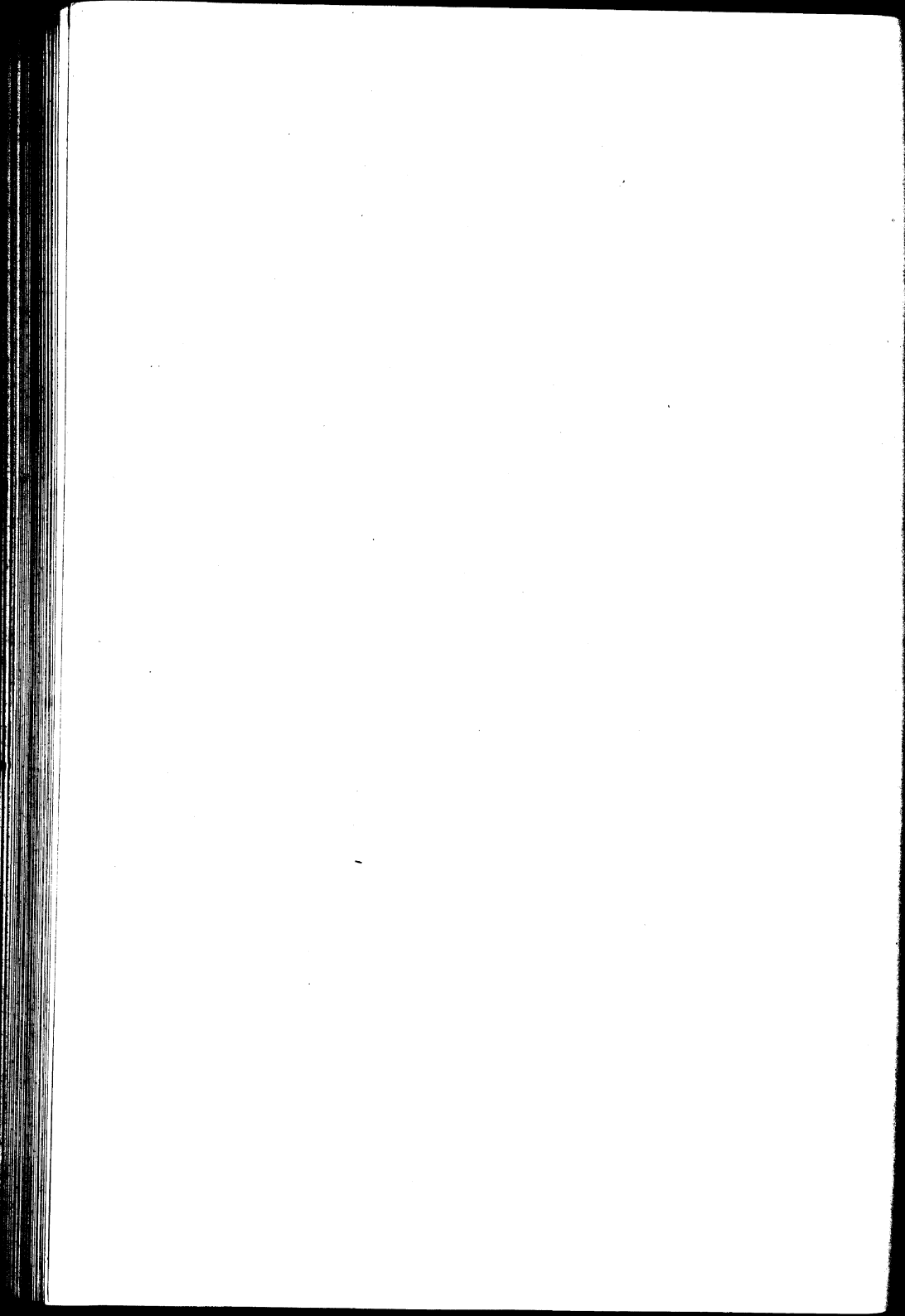
Cada una de estas formas anatómicas corresponde a ciertas formas clínicas, que, o se confunden entre ellas, enmascarándose los síntomas tanto subjetivos como objetivos, no pudiéndose distinguir una salpingitis sola de una salpingo-ovaritis o de una ovaritis; o sino pueden determinarse separadamente las formas clínicas en los síntomas, correspondiendo a tantas formas anátomo-patológicas, como hemos descripto.

La infección generalizada pelviana, es decir, la bilateral anexial, es más fácil de distinguir, pero

también de confundir y no pensarse en la posibilidad del origen apendicular y tomarse tan sólo como una afección ascendente genital; las formas unilaterales derechas y sobre todo la apéndice-ovaritis; tiene sus síntomas propios al tacto y puede muy bien diagnosticarse precisamente y establecerse algunas veces su origen, sobre todo pensando en la posibilidad de la infección descendente apendicular, encontrándose el dolor alto, ciego doloroso, caído en la pelvis, fijo, y combinándose al tacto vaginal.

El examen radioscópico puede ayudarnos en el diagnóstico percibiéndose la forma del ciego, su posición y las relaciones de éste con el dolor y las lesiones constatadas en la exploración clínica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Nacional de Clínicas. — Servicio de Clínica Ginecológica del doctor E. Bazterrica. — Jefe de clínica : doctor C. A. Castaño.

Manuela G., 17 años, soltera, argentina. — Entró : enero 10 de 1916.

Diagnóstico — Salpingo-ovaritis doble. Pelvi-peritonitis.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión en su infancia. Regló a los 15 años, periódicas, indoloras, escasas y de tres a cuatro días de duración.

Enfermedad actual — Hace unos días y a los dos días de tener la última menstruación fué acometida repentinamente por un fuerte dolor al hipogastrio, pero principalmente en las dos fosas ilíacas. El dolor pronto fué acompañado por vómitos

biliosos y diarrea con fiebre (38°). Micción normal. En estas condiciones entra al servicio.

Estado actual — Buen estado general, regular panículo adiposo, piel blanca, seca y calenturienta, 38° de temperatura axilar. No hay ganglios ni edema. Lengua saburral húmeda. Mucosas algo decoloradas. Faringe normal. Abdomen sin tumor visible, muy poco depresible, demostrando gran resistencia muscular. La palpación es difícil. Hay dolor e nambas fosas ilíacas y principalmente del lado derecho y un poco por debajo del punto de MacBurney. Hígado y bazo en sus límites normales.

Aparato circulatorio : pulso pequeño, hipotenso, regular, igual, frecuente 110 pulsaciones.

Aparato genital : hay himen con orificio central, vulva de vírgen, permite el paso del dedo con facilidad. El tacto revela un cuello pequeño, cónico, orificio puntiforme ; el cuerpo del útero en anteflexión, móvil. Los fondos de saco poco depresibles, dolorosos, empastados, no se delimitan anexos ; pero la palpación profunda es muy dificultosa.

Tratamiento médico — Reposo absoluto, hielo al vientre, enemas, laxantes y baños calientes.

Mayo 13 de 1916 : La enferma se da de alta curada.

Junio 10 de 1916: Vuelve a ingresar. Se ha casado.

Diagnóstico — Apendicitis crónica. Salpingitis bilateral. Perímetro-salpingitis. Ovaritis derecha quística.

Entra con el siguiente cuadro:

Enfermedad actual — Después de su salida de este servicio (13 de mayo), la enferma estuvo un tiempo con buen estado general y sin dolores de ninguna especie; hasta que de improviso, una noche, fué atacada por intensos dolores en la fosa ilíaca derecha, fiebre, vómitos, constipación e inapetencia. Los dolores se hicieron más tarde difusos a todo el vientre. Se le prescribe reposo y bolsa de hielo al vientre; pero como hace 15 días que continuara con la misma sintomatología, resuelve ingresar al servicio nuevamente. Los dolores no se corren a la espalda.

Estado actual — Vulva de nulípara, aspecto normal. Vagina libre, por el tacto y palpación combinadas se encuentra el útero pequeño, movable, doloroso al peloteo.

En el fondo de saco derecho se palpa un anexo del tamaño de un huevo de gallina, fijo, doloroso, quístico y muy adherido, con un proceso de

perisalpingitis y periooforitis. Del lado izquierdo se palpa con dificultad la trompa engrosada, fija, dolorosa.

Al espéculo se percibe el cuello sin erosiones, la histerometría da 7 cm.

La palpación del abdomen revela el ciego doloroso con punto fijo de Mac-Burney y cuerda cólica descendente.

Esta enferma fué sometida al reposo, teniendo en el servicio después un ataque de apendicitis franco con fiebre, vómitos, plastrón, etc. Sometida a hielo, opio y belladona, se enfrió, esperándose por los exámenes de sangre y el estado local y general para intervenirla.

Operación (C. A. Castaño) — Laparatomía transversal de Phannestiel. Abierto el vientre, se encuentra el apéndice el cual está por detrás del ciego muy adherente, en un lecho de adherencias. Se desprende con dificultad y se extirpa.

El anexo derecho rodeado de fuertes adherencias, con trompa cerrada su pabellón. Ovario quístico, con un proceso de periooforitis, se hace ooforo-salpingectomía derecha.

Del lado izquierdo se desprenden las adherencias, se abre la trompa, sondeándola, la cual es

permeable, se conserva por lo tanto y se sutura al ovario.

Examen anátomo-patológico : La pieza está constituida por un apéndice largo, duro, recubierto en su casi totalidad por adherencias y que al corte demuestra un engrosamiento de sus paredes, que están congestionadas ; hay además algunos puntos hemorrágicos sub-mucosos.

El anexo, constituido por el ovario agrandado de tamaño con degeneración quística y su trompa correspondiente a la que está unida por adherencias sólidas, impermeables y cuyo pabellón ha desaparecido totalmente.

Análisis de la trompa y ovario : Los cortes histológicos de la trompa no muestran ninguna lesión importante. En el ovario se observa una proliferación vascular, sobre todo en la periferia. En el centro se observan restos de profusas hemorragias antiguas.

Adherido a la superficie del ovario por medio de un tejido conjuntivo de nueva formación muy vascular se encuentra el apéndice atacado por un proceso inflamatorio crónico y ocupada su luz por una masa de substancia amorfa.

Octubre 30 de 1916 : Se da de alta, curada.

OBSERVACION II

S. V., argentina, 21 años, casada. — Fecha de ingreso : septiembre 8 de 1915.

Diagnóstico — Apendicitis supurada, pleuresía purulenta derecha e izquierda.

Antecedentes hereditarios — Sin interés.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia. Regló a los 13 años con 8 días de duración, abundantes, dolorosas, periódicas. Se casó a los 17 años.

Ha tenido 1 hijo. No ha tenido abortos. Constipada. No tiene flujo.

Enfermedad actual — Comenzó bruscamente, por un dolor generalizado a todo el vientre, pero mayor al nivel del punto de Mac-Burney, 39° de temperatura, náuseas, vómitos. A los 20 días aparece una disnea intensa, palidez marcada, eleván-

dose a 40° la temperatura. Las reglas se hicieron abundantes y de 10 días de duración, indoloras. Muy constipada. Micción normal.

Estado actual — Facies deprimida, con ojos escavados, pálida, nariz afilada, mucosas anemiadas, piel seca, caliente, temperatura axilar a la mañana del ingreso (39°), gran disnea, 45 respiraciones por minuto. Lengua húmeda y saburral.

Aparato circulatorio : Pulso frecuente, 120 pulsaciones, igual, regular, hipotenso. Corazón : tonos en todos sus focos, sin ruidos sobreagregados.

Aparato respiratorio : Respiración tipo costal superior, el hemitórax derecho inmovilizado, distendido en la base, con espacios intercostales, poco marcados, dolor a la presión al nivel de todo el hemitórax derecho, excursión respiratoria muy disminuida, para el pulmón derecho. La palpación revela vibraciones abolidas en el pulmón derecho, hasta la espina del omóplato, matitez hídrica hasta el mismo nivel, abolición del murmullo vesicular, soplo respiratorio intenso propagado desde la espina del omóplato, donde tiene su mayor intensidad, hasta la base, y aún del otro lado en el hemitórax opuesto, junto a la columna y en la base también. Broncofonía y pectoriloquia afona ; el límite superior de la matitez sufre cambios con las posiciones que toma

la enferma, por delante llega hasta la 4ª costilla en la posición de decúbito dorsal. La punción en el 8º espacio dió pus fétido, ligado amarillo-verdoso. Pulmón izquierdo con respiración vicariante sin ruidos sobreagregados, se oye el soplo expiratorio transmitido del pulmón derecho, base movable, excursión respiratoria exagerada.

Abdomen con buen panículo adiposo, notándose un tumor que hace saliencia en la fosa ilíaca izquierda; la palpación demuestra un dolor exagerado y defensa de la pared en esos puntos, principalmente al nivel del punto de Mac Burney, donde se percibe un gran plastrón, con matitez superficial, que ocupa toda la fosa ilíaca, la resistencia se percibe también en el hipogastrio hasta el ombligo y parte de la fosa ilíaca izquierda, siendo menor que en la fosa ilíaca derecha.

La defensa de la pared llega por el flanco derecho hasta el hipocondrio del mismo lado, con gran dolor en todos esos puntos, la palpación profunda es imposible.

La palpación bimanual parece revelar del lado derecho el rechazo del flanco derecho y región lumbar por un tumor que se toma entre ambas manos y da fluctuación, sin límites precisos, ni netos. Hay zona clara debajo del reborde costal a la percusión, el hígado está en sus límites normales.

El bazo sobrepasa un dedo la línea mamilar a la percusión; no hay venas, ni cambio de coloración de la piel.

Examen genital: Vulva normal, vagina libre, el tacto, que no es posible hacerlo por el excesivo dolor del vientre, demuestra difícilmente útero movable, no delimitable, no pudiéndose delimitar su posición; cuello pequeño libre, regiones anexiales libres, muy arriba y alejado del fondo de saco se percibe el plastrón abdominal, principalmente del lado derecho.

Tratamiento al ingreso: después de la intervención, que fué hecha esa misma mañana, suero, aceite alcanforado, cafeína, oxígeno.

Operación (septiembre 9 de 1915) — Anestesia novocaína en inyección local y luego un poco de ter.

Operador: doctor C. A. Castaño.

Se hace una incisión sobre la 10ª costilla derecha, y se reseca una porción de 6 centímetros por el método subperióstico; se incinde la pleura sumamente engrosada, dando salida a un pus fetidísimo, abundante, amarillo-parduzco, con grumos; se explora con el dedo la cavidad pleural, que está tabicada, se separan las adherencias y se coloca un grueso tubo de drenaje y dos mechas de

gasa ; se cierra parte de la herida, planos músculo-aponeuróticos con puntos separados de catgut y la piel con algunos puntos de crin por encima y por debajo del tubo.

Análisis : Pus de función pleural, protocolo número 36.036, 9 septiembre de 1915.

No se observan bacilos de Koch, se observa gran cantidad de cocos que toman el Gram, unos dispuestos en estrepto y otros en diplo, estos últimos diplococos con los caracteres del neumococo de Fraenkel.

OBSERVACIONES — A los 15 días de la operación tiene una nueva poussée febril, dolor al costado izquierdo, tos y expectoración. Se nota al examen síntomas de un derrame en la pleura izquierda que ocupa unos 5 traveses de dedo ; la punción da pus ; se decide hacer una extracción de él con el Potain ; más de 5 punciones en diferentes puntos no dan salida a nada de pus ; la pleura está tabicada por adherencias y el pus es sumamente espeso y grumoso ; se intenta extraerlo con punción con trocar grueso adoptándolo a una jeringa ; tampoco se consigue nada.

Se hacen dos inyecciones de haptinógeno neumático Méndez, con 8 días de intervalo entre una y otra ; después de la primera hay gran mejoría, euforia,

el pulso mejora, el estado general es más animado, la matitez es más baja en la pleura izquierda, la temperatura baja cerca de 1 grado, la disnea casi desaparecida; el vientre mejora notablemente, desaparece el plastrón, timpanismo, dolor, etc. La pleura derecha aún drena, el pulmón empieza a respirar del lado derecho; se notan gruesos frotos pleurales y engrosamiento de la pleura.

Se decide esperar y se mantiene a la enferma con una alimentación de líquidos. Poción Todd, suero en hipodermoclisis, tiene tos frecuente y expectoración. Se practican dos inyecciones más de haptinógeno neumógeno, después de la tercera la tos y expectoración desaparecen por completo, la fiebre cae, estado general excelente, el derrame pleural se ha ido, el pulmón respira hasta la base, ésta es movable, no hay rales ni frotos; igual cosa sucede en el lado derecho, la herida brota rápidamente, la costilla se cubre, no hay más supuración y se cierra por completo.

La enferma se levanta a la 4ª inyección.

Comienza hacer ejercicio. Tiene excelente apetito, baja al jardín, se encuentra fuerte, mueve su vientre diariamente, sólo tiene una amenorrea de dos meses con fenómenos de insuficiencia ovárica que se combaten con ovarina Welleome.

Mayo 12 de 1916: Regresa con el siguiente cuadro:

Enfermedad actual — Desde hace 1 mes comenzó a sentir fuertes dolores en la fosa ilíaca derecha. Desde entonces ha sentido un dolor sordo que no le molestaba mayormente. Estos ataques sólo se pasaban con inyecciones de morfina.

Estado actual — Abdomen con abundante pánículo adiposo sin tumor visible, muy doloroso en el punto de Mac Burney, donde hay un empastamiento en esa región por encima de la arcada de Poupart.

El resto del abdomen, depresible. Hígado y bazo con sus límites normales.

Vulva normal, vagina libre. Por el tacto y palpación combinados se encuentra el útero poco movable, muy doloroso, aumentado de tamaño con dos tumores laterales que ocupan las regiones anexiales, fijos de ambos lados, principalmente izquierdo, donde se percibe el ovario pastoso y fijo del tamaño de un huevo de paloma.

Al espéculo se ve el cuello sin erosiones congestionadas. Histerometría 8 cm.

Operación (C. A. Castaño) — Laparotomía con incisión de Jalaguier.

Se encuentra todo el epiplón pegado al útero, envolviendo el ciego, con fuertes adherencias, se desprende y se encuentra un apéndice del grosor de un dedo índice, erétil, con pus y se extirpa.

Luego se desprende el anexo izquierdo sumamente adherido, dejando un trozo de ovario.

En el anexo derecho se extirpa la trompa muy adherida, cerrado su pabellón y dejando el ovario íntegro.

La enferma sale de alta en perfectas condiciones.

OBSERVACION III

Gregoria N., casada, 40 años.

Diagnóstico — Abceso tubo-ovárico derecho incluído en el ligamento ancho. Salpingitis. Ovaritis izquierda. Apendicitis.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido enfermedades en su infancia ; menstruó a los 16 años, de seis días de duración, abundantes y poco dolorosas.

Ha tenido 1 hijo ; no tuvo aborto.

Enfermedad actual — Hacen 2 meses que comenzó su enfermedad con dolores no muy fuertes en la fosa ilíaca derecha. Estos dolores no tenían ninguna irradiación. Desde entonces no ha desaparecido, teniendo días de mucha mejoría y días que se hacen más pronunciados.

Sus reglas duran 8 días ; son periódicas e indoloras.

Tiene poco flujo de color blanco.

Estado actual — Vulva normal con ligero col-pocole anterior y posterior, vagina libre.

Per el tacto y palpación combinadas se toca un cuello duro y orificio con desgarradura transversal. El fondo de saco posterior y los laterales están ocupados por un tumor duro de superficie un poco irregular algo doloroso a la presión. El útero está aumentado de volumen y se toca dos dedos por encima del pubis. El aumento del útero es general ; pero más del lado derecho.

Operación — Oofo-ro-salpingectomía doble y apendicectomía por estar el apéndice congestionado. Adherencias.

La pieza anatómica extraída está constituida por los órganos genitales internos.

El útero no ofrece nada de anormal.

Del anexo derecho no es posible caracterizar ninguna de sus partes constitutivas, pues en la trompa se ha desarrollado un tumor líquido a contenido purulento, del que sólo resta la pared gruesa y adherida al útero y órganos circunvecinos ; además restos de glándula ovárica. El anexo izquierdo con

trompa engrosada, obstruída, con adherencias y ovario esclero-quístico.

El apéndice grueso, eréctil, congestionado.

OBSERVACION IV

Ana N., 41 años, casada; noviembre 17 de 1916.

Diagnóstico — Apendicitis. Ovaritis purulenta derecha (abceso del ovario). Metritis.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido enfermedad alguna en su infancia. Menstruó a los 13 años; sus reglas poco dolorosas y de tres días de duración. Ha tenido 7 hijos y dos abortos de dos meses.

Enfermedad actual — Después de su último aborto que data de un mes ha tenido una abundante pérdida de sangre de su matriz acompañado de dolores a todo el vientre. Sus reglas bien. No tiene flujos.

La enferma había tenido sus menstruaciones siempre regularmente hasta el 21 de julio, que la tuvo 8 días como de costumbre, desde entonces se suspendió hasta el 11 de octubre, que empezó a perder sangre hasta el presente continuamente, sin ver sino coágulos. A los 8 días de empezar la sangre se levantó y tuvo intensos dolores en el vientre, debiendo guardar cama y teniendo que tomar láudano. Esos dolores duraron 4 días. Se calmaron después quedando con algunos dolores en el lado derecho y caderas.

Estado actual — Abdomen depresible y cubierto de grietas. Vulva edematosa y congestionada de coloración violácea ligera. Desgarradura del periné. Ligero colpocele anterior y posterior.

Por el tacto y palpación combinados, se nota el útero reblandecido, aumentado de volumen, pesado y tironeado a derecha en anteflexión ligera, látero-posición derecha y doloroso el anexo derecho.

Cuello reblandecido de múltipara con desgarradura transversal. El fondo de saco vaginal derecho está ocupado, es corto, poco depresible, doloroso, palpándose con dificultad un tumor de límites difusos, adherente, que tironea hacia ese lado al útero, separado de él por un surco, constituido por la trompa, no diferenciándose el ovario.

El Douglas ocupado por restos irregulares, duros, dolorosos. El fondo de saco izquierdo libre, depresible, amplio, no palpándose anexo.

Al espéculo se ve el cuello con una ulceración sobre el lado anterior irregular perdiendo sangre espontáneamente. Histerometría : 8 y medio cm.

Operación (C. A. Castaño) — Laparatomía media sub-umbilical.

Se encuentra un grueso apéndice largo del grosor de un dedo meñique de adulto, adherido fuertemente al ovario derecho. Adherencias cubren al anexo y los pegan detrás del ligamento ancho y caído. Se desprende de las adherencias y luego se levanta el anexo constituido por un ovario quístico del grosor de una mandarina que se rompe dando salida a un pus verdoso. La trompa obstruida en su pabellón por adherencias, engrosada, se extirpa el anexo y se reseca el apéndice.

Se lava el peritoneo con éter.

Examen anátomo-patológico : La pieza está constituida por el anexo derecho totalmente recubierto de adherencias a los órganos circunvecinos y al apéndice ; está formado por un saco desarrollado a expensas de su ovario a paredes gruesas rojizas y en cuyo interior existen rastros de su contenido purulento cremoso, y por una trompa engrosada y

fuertemente adherida, rodeando al tumor, con su canal y pabellón obstruidos.

En cuanto al apéndice, es largo, grueso, recubierto de adherencias y con sus paredes engrosadas, congestionadas con pequeños focos hemorrágicos y con un contenido muco-purulento.



OBSERVACION V

T. de L., 22 años, argentina, casada ; noviembre 20 de 1916.

Diagnóstico — Apendicitis. Quiste del ovario derecho.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Tifoidea, sarampión y viruela en la infancia. Regló a los 14 años ; de 8 días de duración, abundantes, indoloras ; se casó a los 16 años ; abortó a los 7 meses y luego tuvo 3 hijos. No ha tenido flujos. Es constipada.

Estado actual — Vientre depresible, sin pániculo adiposo con numerosas grietas.

Se palpa un punto doloroso a la altura del punto de Mac-Burney, donde se percibe una cuerda dolorosa descendente del grosor de un dedo meñique. No se percibe en el resto nada anormal.

Vulva de múltipara con desgarradura del periné. Vagina libre por el tacto y la palpación combinados se percibe útero en anteflexión, movable, tamaño normal, no doloroso.

Cuello cónico, orificio de múltipara.

En el fondo de saco derecho se palpa un ovario pastoso del tamaño de un huevo de gallina, movable, caído hacia atrás y libre. En el fondo de saco izquierdo no se palpa nada de particular.

Operación (C. A. Castaño) — Incisión de Jalaquier. Se encuentra el apéndice adherido, largo, engrosado, muy vascularizado, cubierto de membranas de pericolicitis el ciego. Se extirpa.

El ovario derecho del tamaño de un huevo de gallina; se hace ooforo-salpingectomía a pedículo.

Examen anátomo-patológico: La pieza está constituida por un anexo en el que su ovario es grande como un huevo de gallina y quístico, y su trompa correspondiente, cuyo pabellón se halló obstruido.

El apéndice largo y engrosado, recubierto en la casi totalidad de su superficie por adherencias, es rojiza, y al practicar su corte se observa el grosor anormal de su pared que está congestionada y con pequeños focos hemorrágicos sub-mucosos.

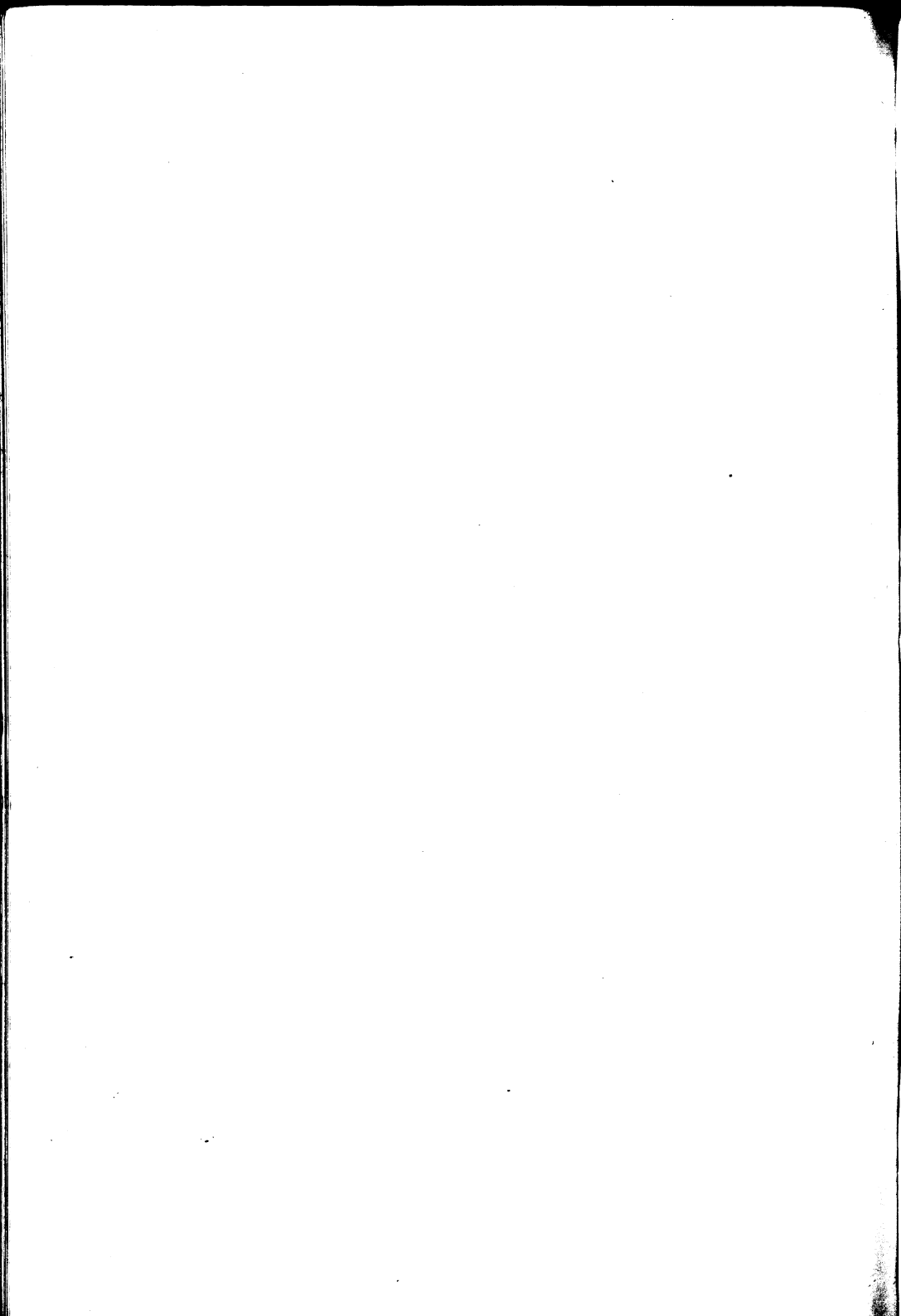
Bibliografía

- Kelly-Noble* -- Anexitis.
- Doderlein-Kroning* -- Apendicitis en la mujer. --
Apendicitis y afecciones anexiales.
- Lowenhard* -- Apendicitis y afecciones anexiales. --
Tesis de Paris, año 1904.
- Marry* -- Apendicitis y afecciones anexiales. -- Te-
sis de Paris, año 1903.
- Barnsby* -- Apendicitis de origen anexial. -- Re-
vue de Gynecologie et Chirurgie, 1898.
- Goluboff* -- Apendicitis considerada como enferme-
dad infecciosa y epidémica. -- Revue de Gi-
necologie et Chirurgie, pág. 756, 1897.
- Vautrin M.* -- Apendicitis anormales. -- Revue de
Gynecologie et Chirurgie, 1898.
- Pauchet V.* -- Apendicitis, salpingoovaritis derecha,
etc. -- Revue de Gynecologie et Chirurgie, 1898.
- Delageniere* -- Apendicitis en las afecciones del
útero y de los anexos. -- Revue de Gynecologie
et Chirurgie, 1900.

- Baláy J. M.* — La apendicitis en sus relaciones con las inflamaciones pelvianas. — *Revue de Ginecologie et Chirurgie*, 1904.
- Walter M.* — Un caso de pio-salpinx con ablación del apéndice adherente. — *Revue de Ginecologie et Chirurgie*, 1907.
- Ranzi E.* — Apendicitis o tumores anexiales a pedículos torcidos. — *Revue de Ginecologie et Chirurgie*, 1908.
- Profanter* — Diagnóstico diferencial de la apendicitis y anexitis. — *R. de G. et C.*, 1910.
- Obraztsoff V.* — Sobre las apendicitis pelvianas en la mujer. — *R. de G. et C.*, 1910.
- Rouville de M.* — Pío-salpinx no tuberculoso en las vírgenes. — *R. de G. et C.*, 1911.
- Heyneman Th.* — Tratamiento y diagnóstico del pío-salpinx. — *R. de G. et C.*, 1911.
- Cazin Maurice* — Pseudo-apendicitis. — *R. de G. et C.*, 1913.
- Delanoe* — Pío-salpinx adherencias intestinales. — Tesis de Paris, 1906-7.
- Lafon* — Dificultades del diagnóstico de la apendicitis crónica. — Tesis de Paris, 1912.
- Keen* — Cirugía.
- Moore G.* — Salpingitis Secondary to appendicitis. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, página 277, 1916.

Bello A. — Apendicitis y anexitis. — Libro de Oro.

Sicardi A. — Periapendicitis y anexitis. — Tesis
nacional, 1916.



Buenos Aires, Mayo 7 de 1917

Nómbrese al señor Consejero doctor José F. Molinari, al profesor titular doctor Enrique Zárate y al profesor suplente doctor Osvaldo Bottaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

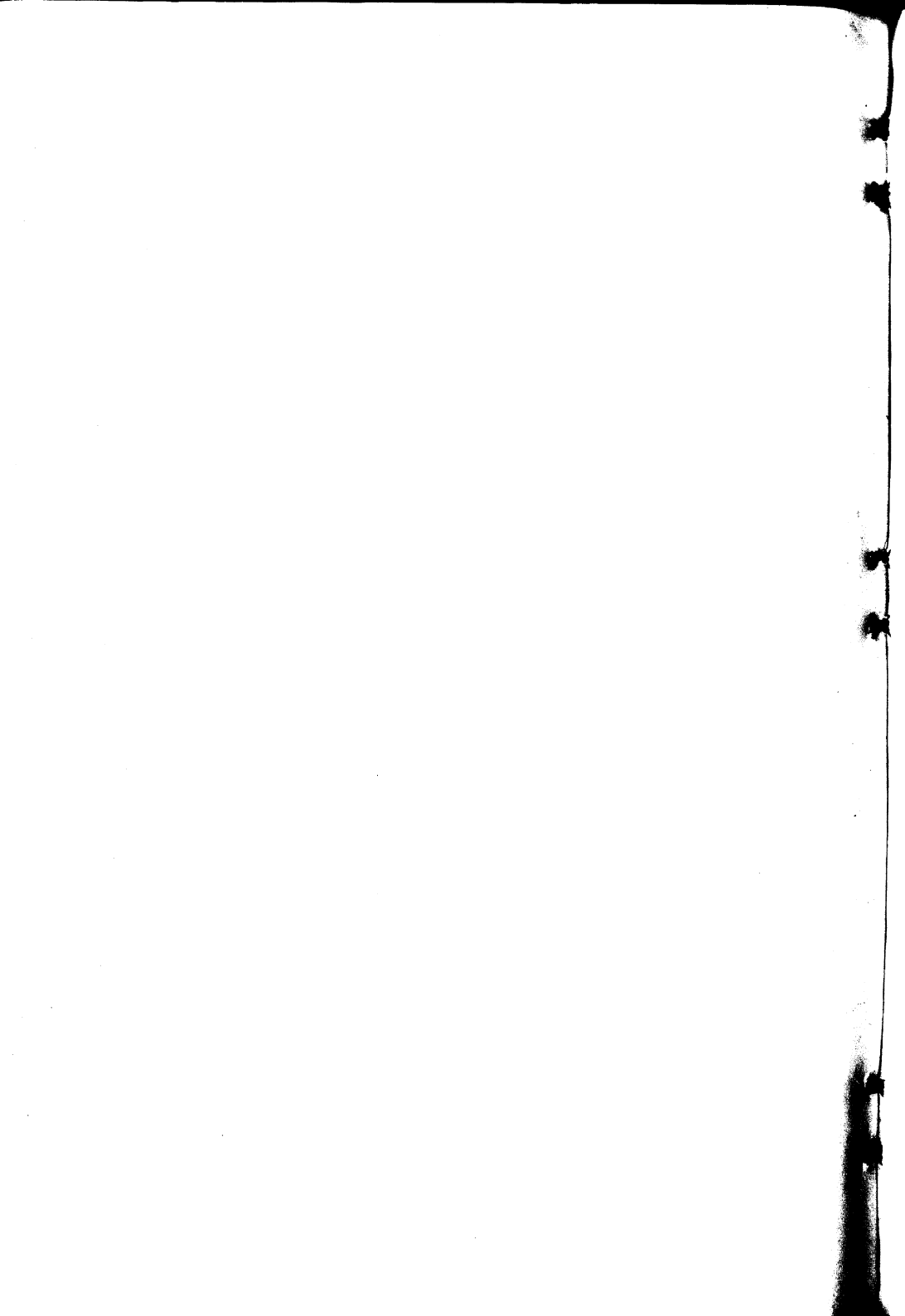
Buenos Aires. Abril 26 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3267 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre anexitis y apendicitis.

José F. Molinari.

II

Cuadro clínico de la apendicitis crónica.

E. Zárate.

III

Criterio personal sobre la conducta a seguir con respecto a los apéndices, en el curso de laparotomías practicadas por afecciones genitales.

Bottaro.

