



N.º 2923

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABSCESOS DEL TABIQUE RECTO VAGINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIO B. LIMONGI

Ex-practicante interno del Hospital Teodoro Alvarez (1912-14)



BUENOS AIRES

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

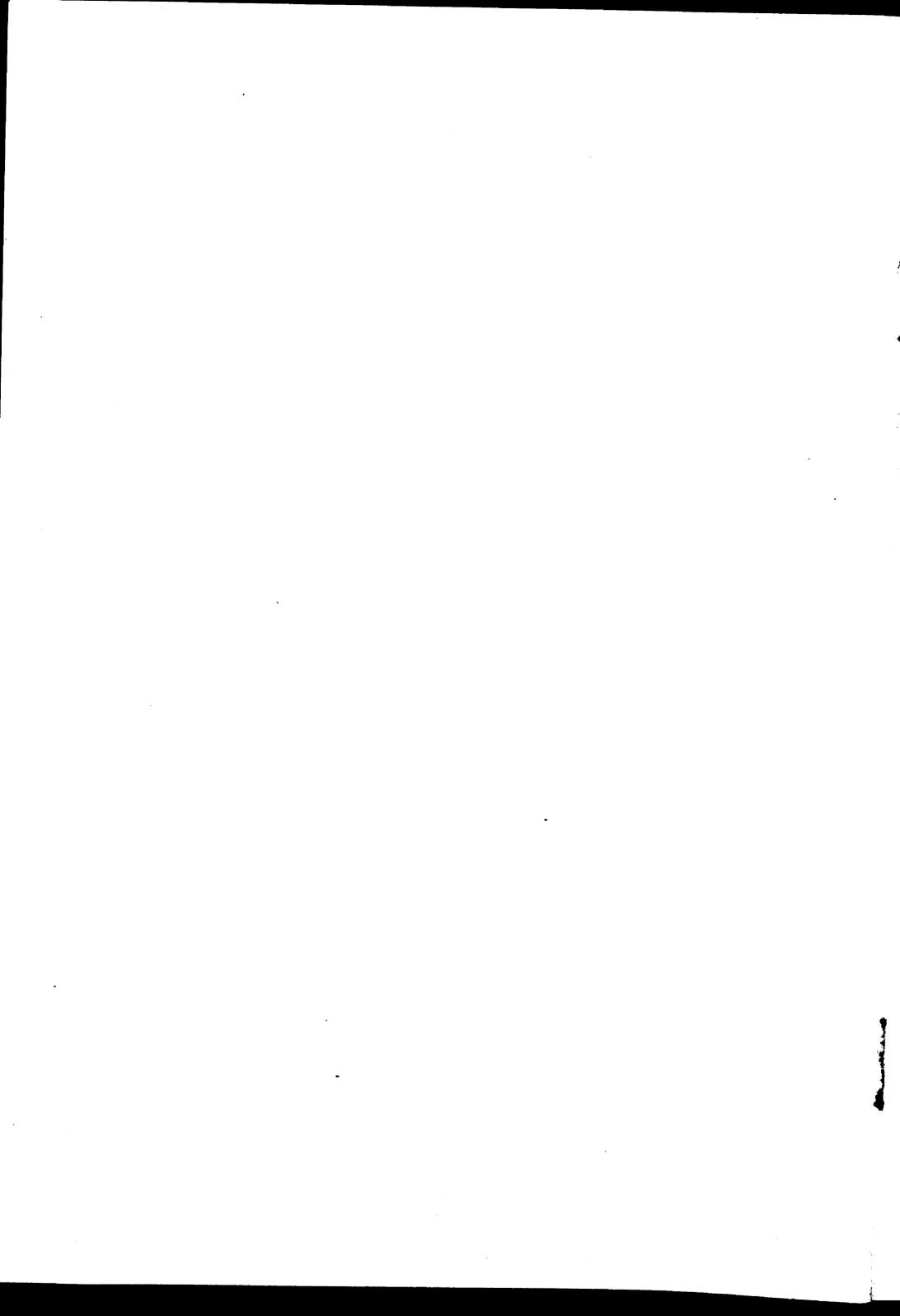
845 - Junín - 845

1915



Min. B. 2119

ABSCESOS DEL TABIQUE RECTO VAGINAL



Año 1915

N.º 2923

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABSCESOS DEL TABIQUE RECTO VAGINAL

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIO B. LIMONGI

Ex-practicante interno del Hospital Teodoro Alvarez (1912-14)



BUENOS AIRES

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

845 — Junín — 845

1915



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

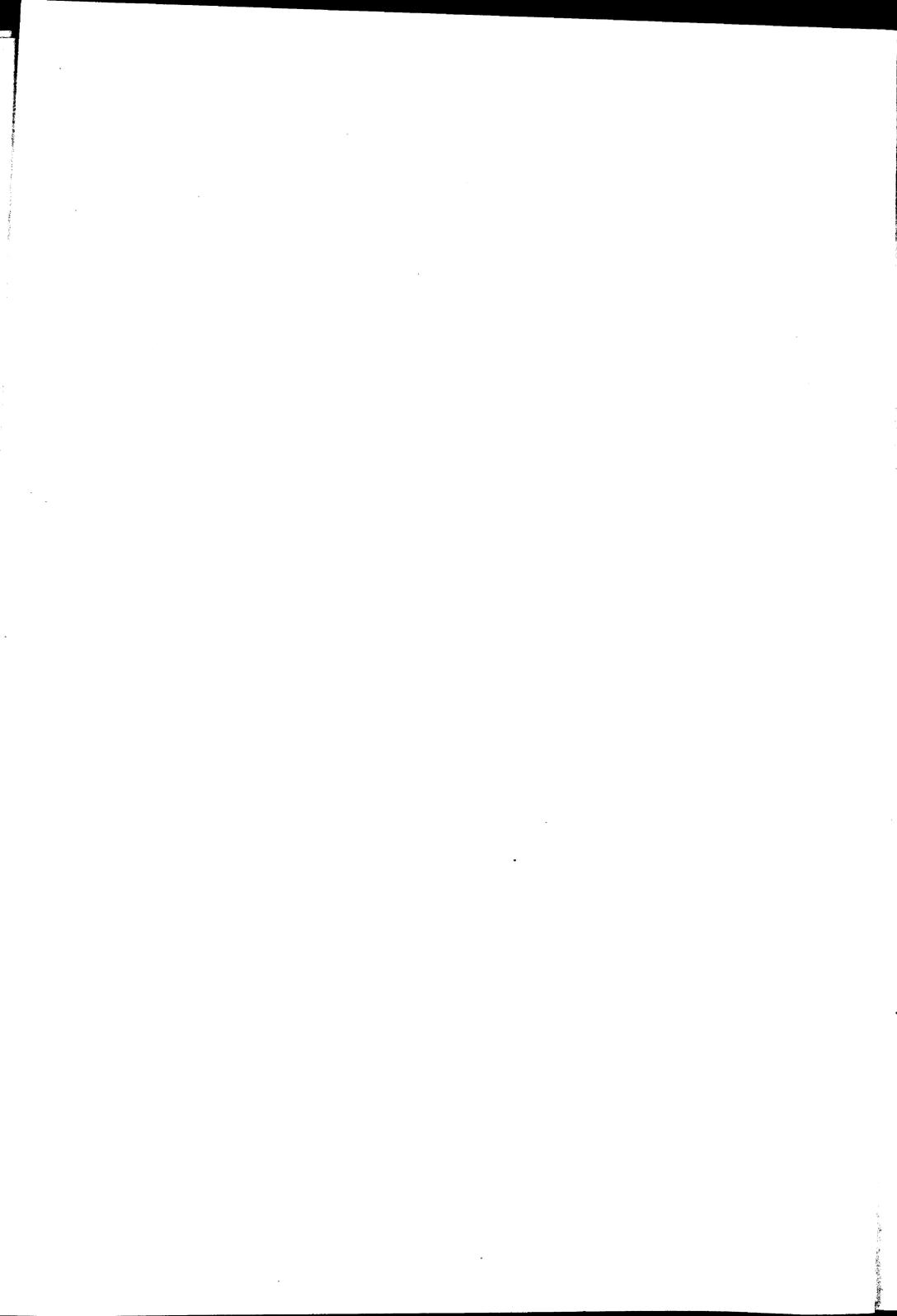


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

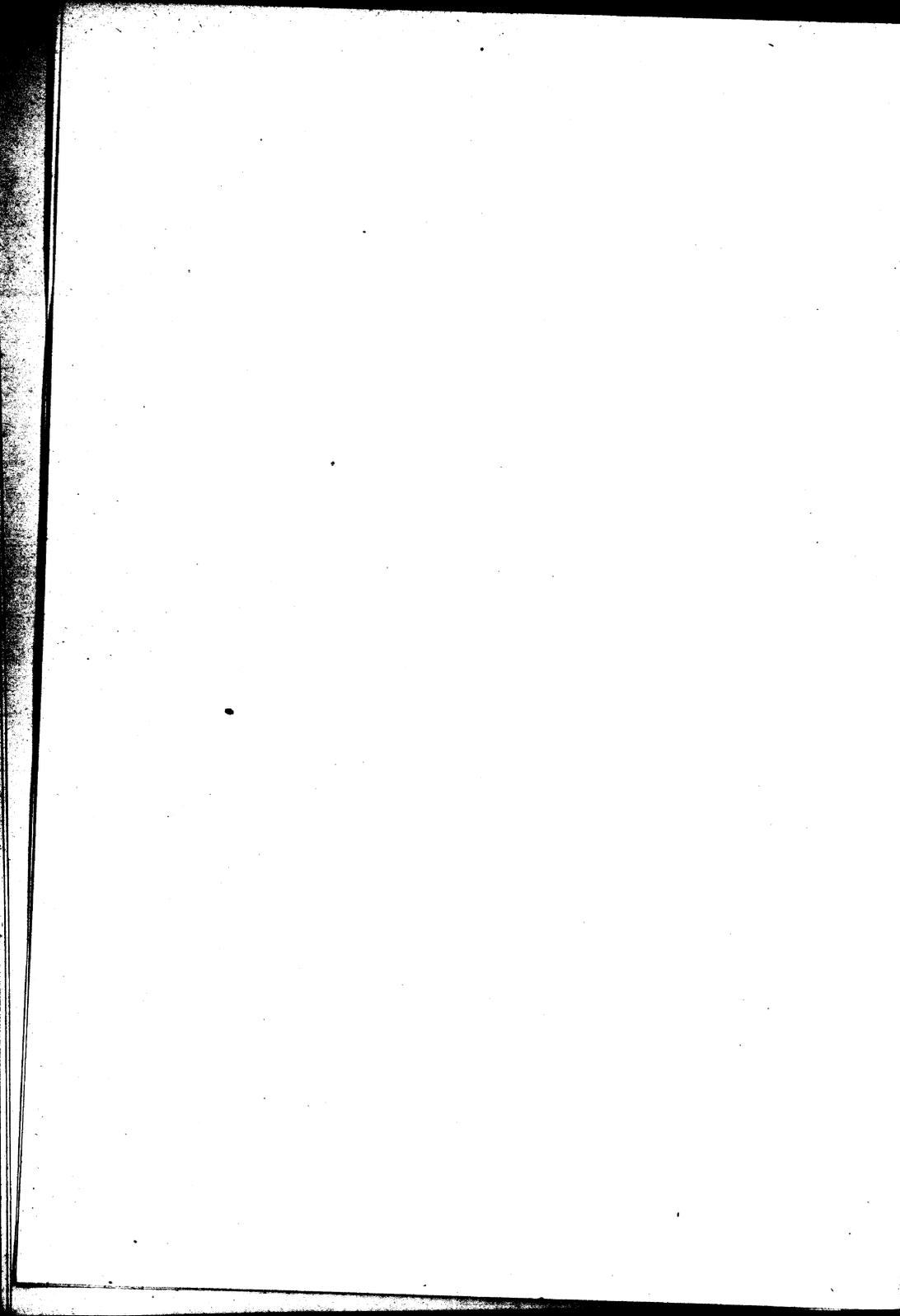
1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



ESCUELA DE MEDICINA

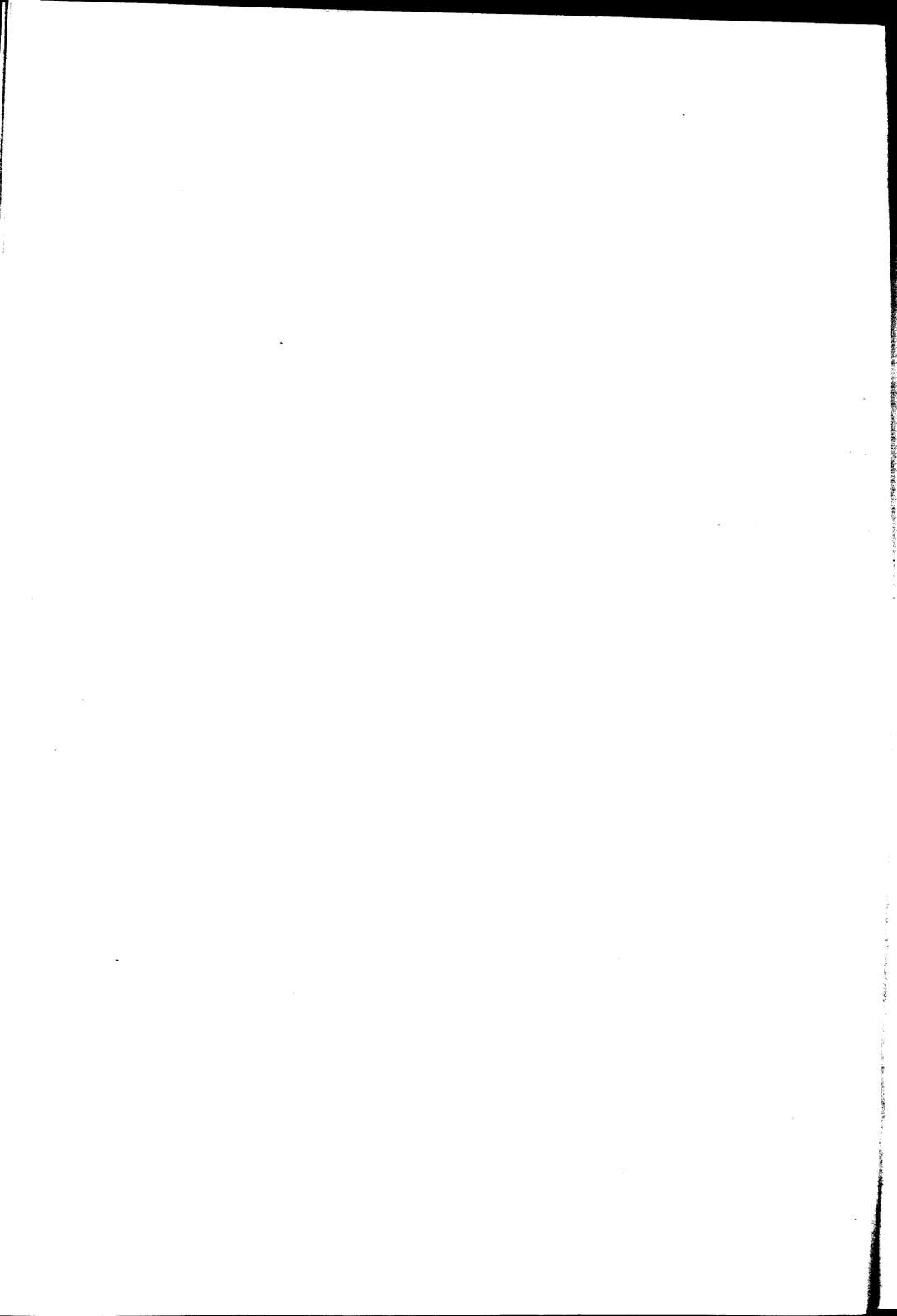
PROFESORES HONORARIOS

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



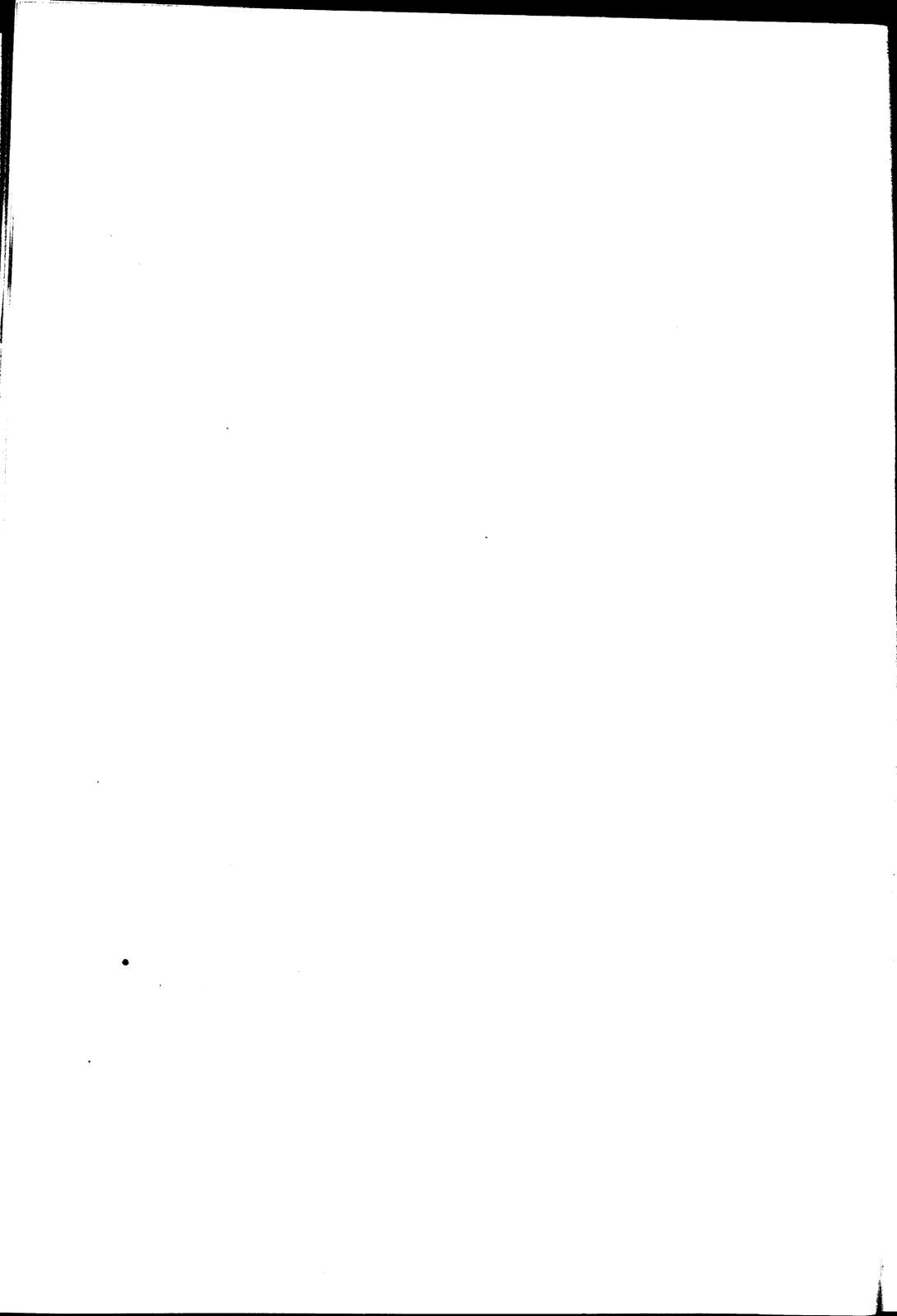
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOSÉ ARCE
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» (Vacante)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



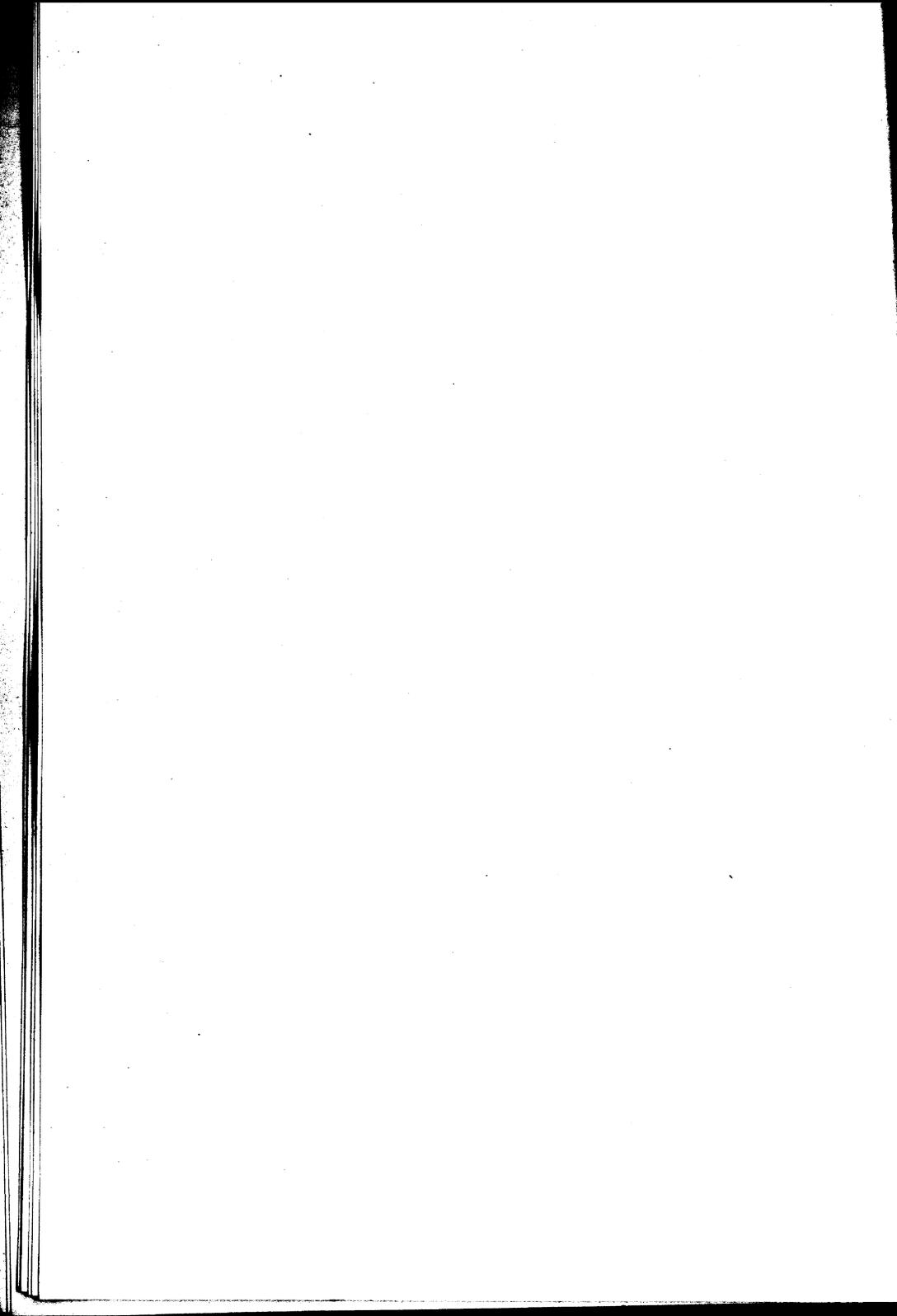
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

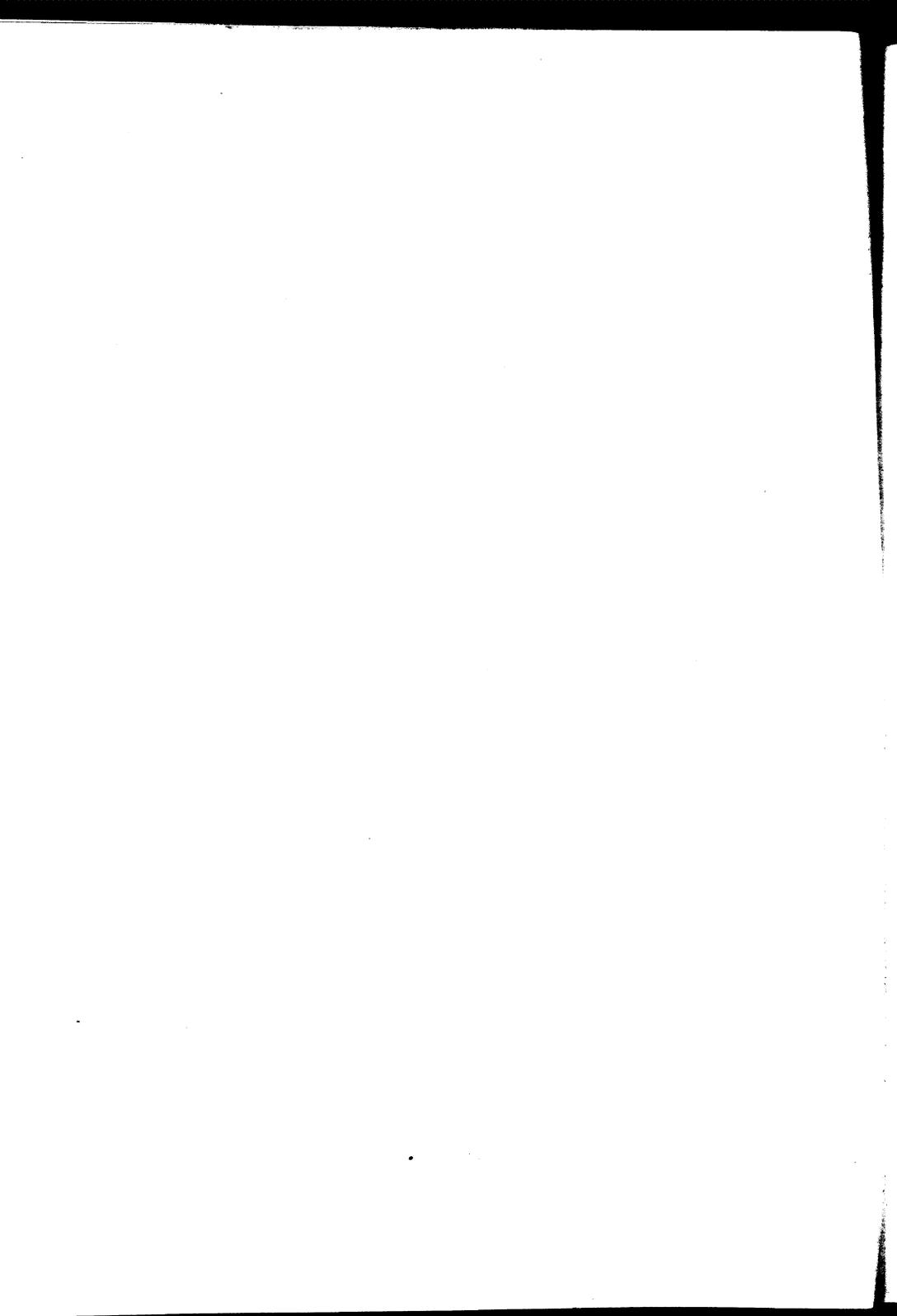
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva.....	» EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Materia Médica y Terapia.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO
Patología externa.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clínica Dermat. ^a Sifilográfica..	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
» oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» ARMANDO MAROTTA
» Quirúrgica.....	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHÜTRO
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
» Médica.....	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» RAUL R. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediatría.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal.....	» JAVIER RRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



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.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año.....	Vacante
Segundo año.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año.....	DR. FANOR VELARDE

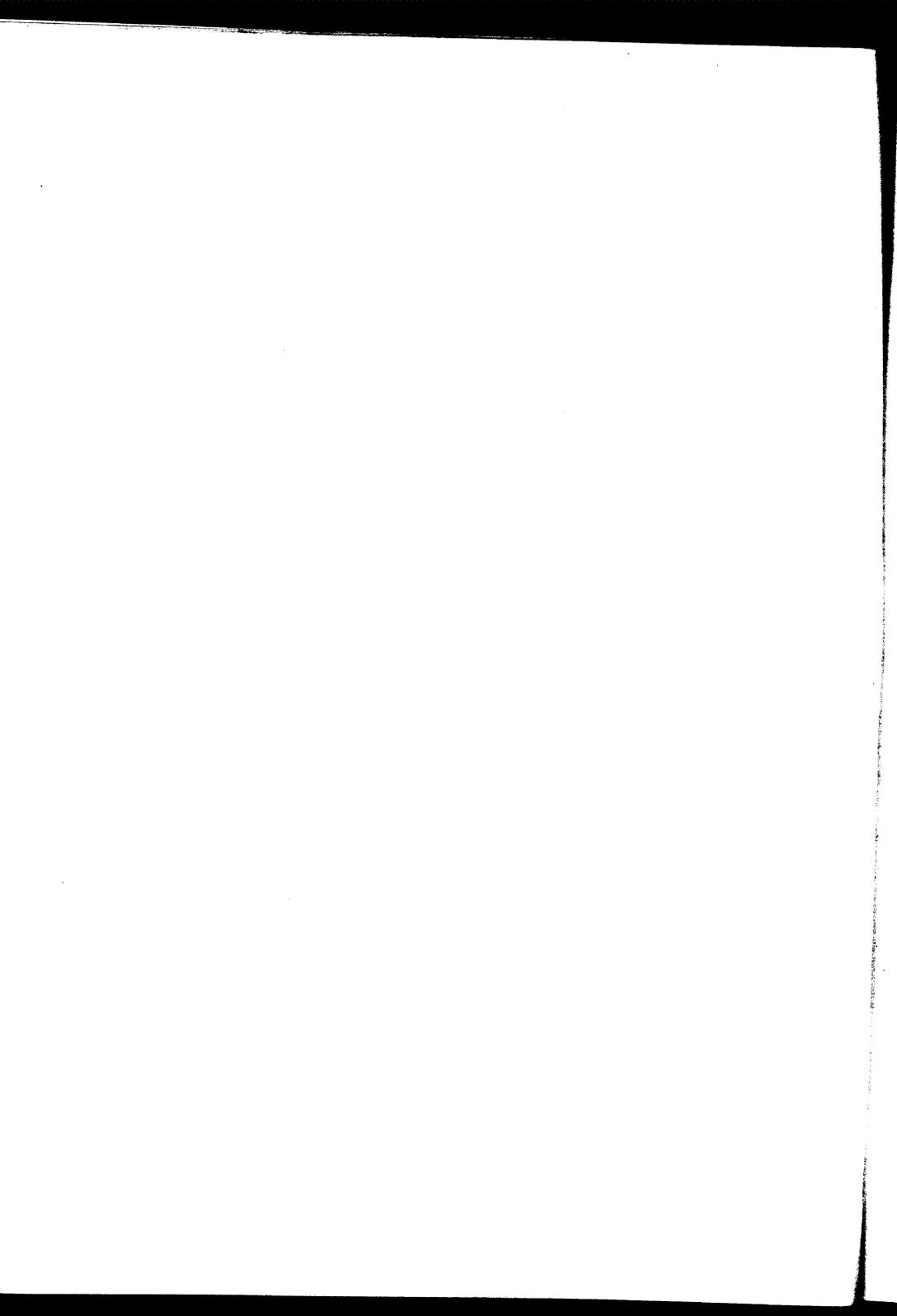
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Segundo año.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Tercer año.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedrático sustituto

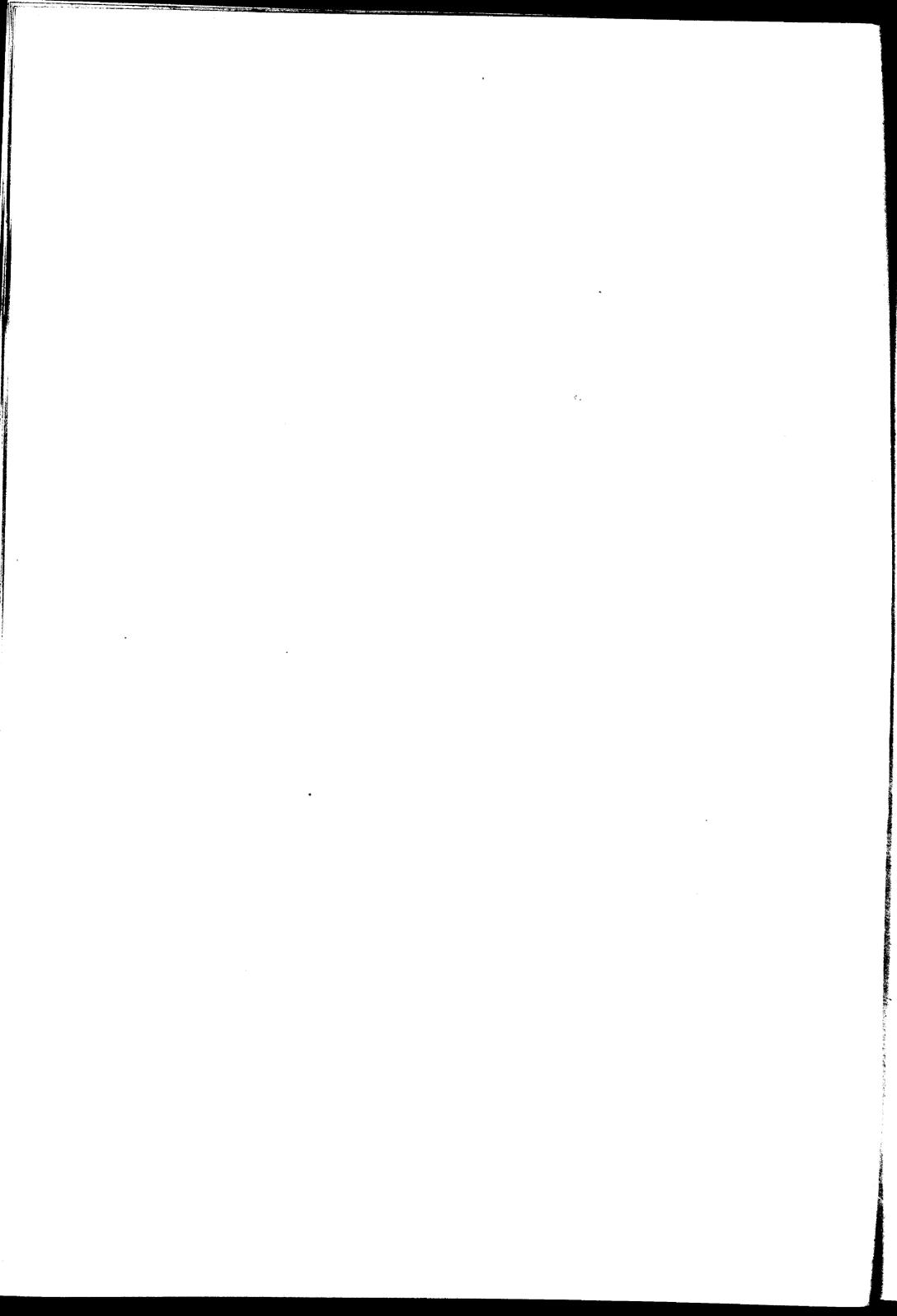
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

DOCTOR FRANK L. SOLER

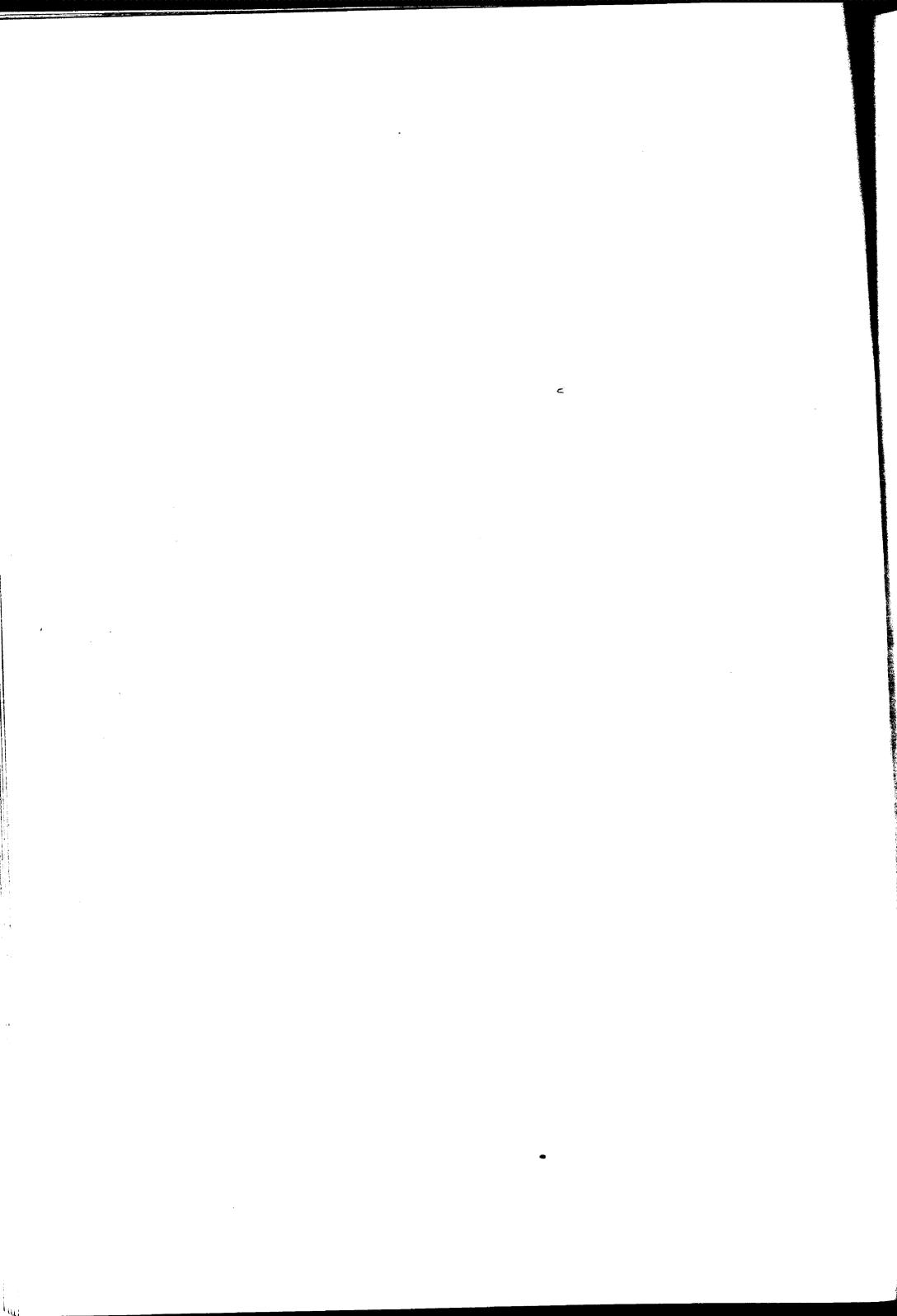
Profesor suplente de Fisiología general y humana



v

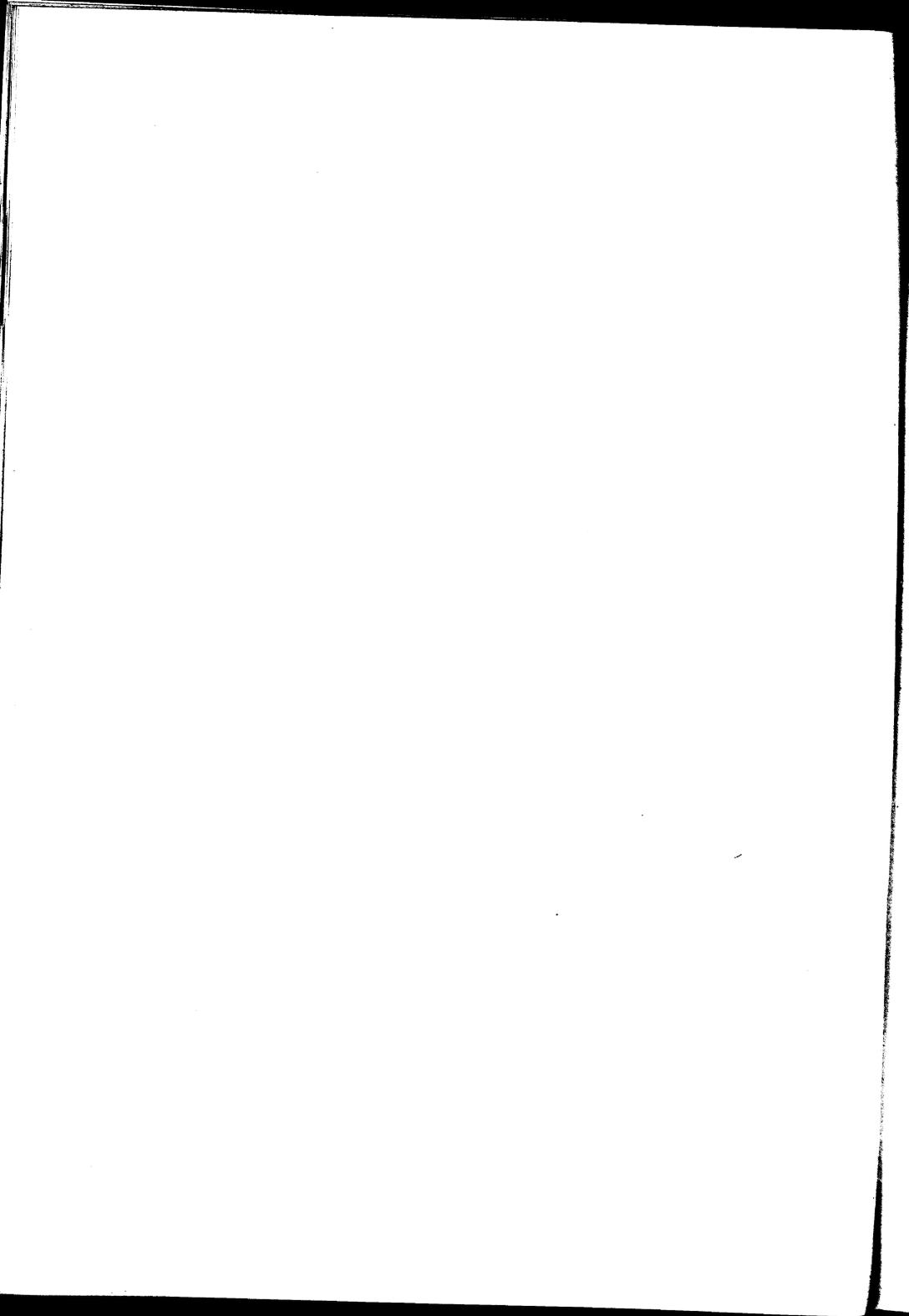
A MIS QUERIDOS PADRES

GRATITUD



A MIS HERMANOS

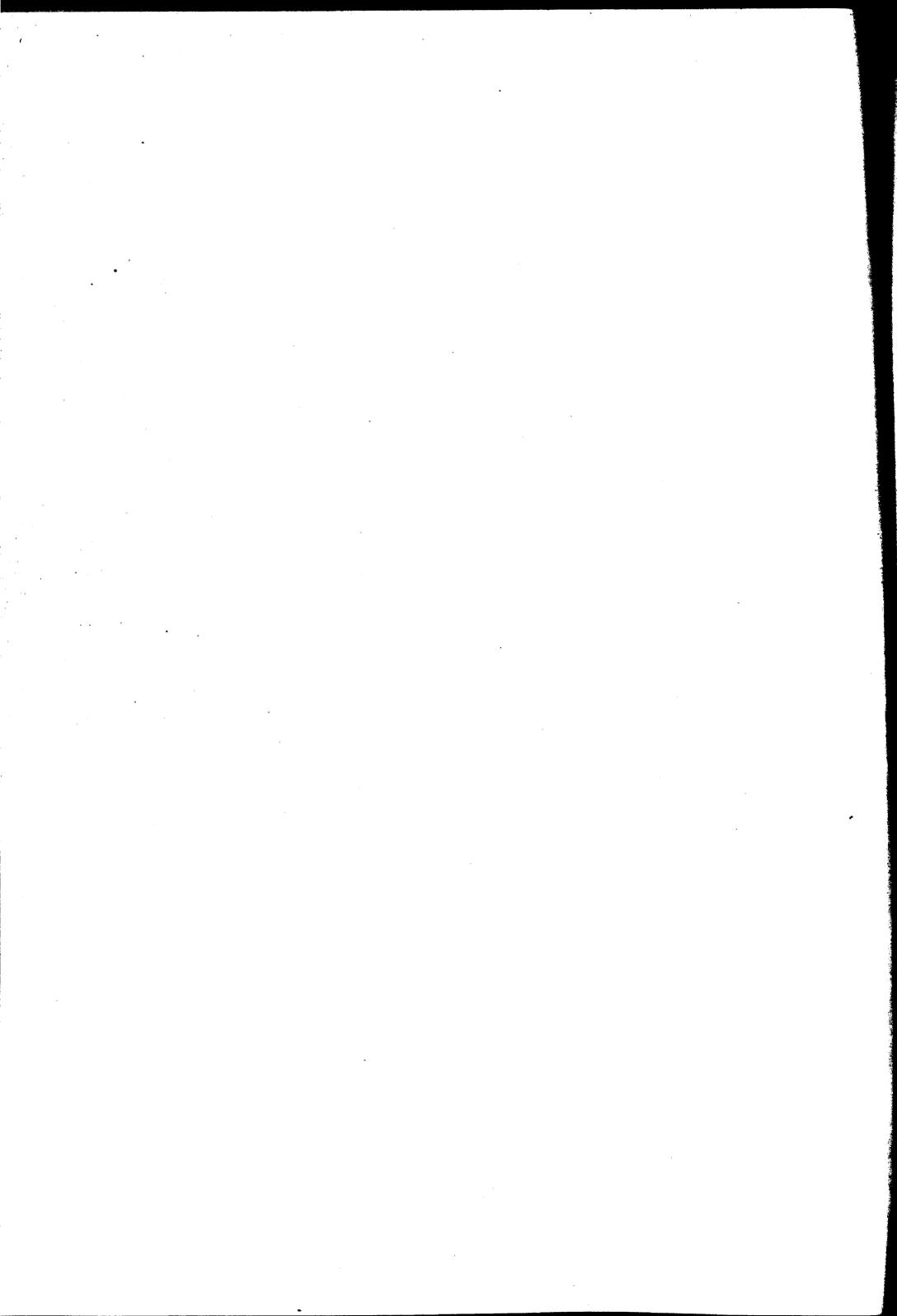
PROFUNDO CARISO



AL DR. ARNALDO CAVIGLIA

A quien debo la indicación de este trabajo

INMENSO AGRADECIMIENTO



AL DR. PEDRO R. CASTRO

Incomparable compañero y fiel amigo

IMPERECEDERA AMISTAD Y CARIÑO



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

La oportunidad de haber observado un caso clínico poco frecuente, como es el absceso del tabique recto vaginal, inspira el desarrollo de esta tesis.

Al realizar este estudio me guía el deseo, que del conjunto de este trabajo surja ante vosotros, la expresión más fiel, de que vuestras elocuentes lecciones y sabios consejos han contribuido eficazmente á la coronación de mis esfuerzos.

A mi padrino el doctor Frank L. Soler, leal caballero y amigo, quién con la sencillez y nobleza de su carácter, me prodigó sus valiosos consejos y múltiples atenciones, mi sincero tributo de gratitud y reconocimiento perpetuo por el honor que me dispensa acompañándome en este acto.

Homenaje y admiración á mis queridos maestros

los doctores Luis A. Tamini, Miguel Sussini, Carlos R. Cirio y Joaquín V. Gnecco, por los conocimientos y enseñanzas que me legaron en el hospital «Teodoro Alvarez» durante mi vida de interno.

Mi agradecimiento grande y franco á mis maestros en el hospital «Alvear», doctores T. Piccardo, Genaro Sixto y U. Fernández.

A los doctores Celesia, Coni Bazán, Gil y Alonso, mi inolvidable recuerdo.

A los que fueron mis compañeros de internado en el hospital «Teodoro Alvarez», vaya en este final de mi vida de estudiante una sonrisa de cariño y la sincera expresión de invariable amistad y afecto.

ANATOMÍA DESCRIPTIVA

Tabique recto vaginal.—Con este nombre se designa un resistente tabique membranoso formado por la unión entre sí, mediante una capa de tejido celular generalmente bastante laxo, de la pared posterior de la vagina y la anterior del recto.

Este tabique se encuentra situado entre los dos conductos vaginal y rectal.

El peritoneo descendiendo sobre la cara posterior de la vagina y hacia arriba en una extensión de dos centímetros aproximadamente luego se refleja sobre el recto formando el fondo de saco recto-vaginal ó fondo de saco de Douglas.

Se extiende en altura, el tabique recto-vaginal, desde el fondo de saco de Douglas hasta el piso perineal; más hacia abajo, el recto-anal desviándose hacia atrás, forma con la pared posterior de la vagina un espacio triangular, donde en medio de una atmósfera

célulo adiposa se encuentra el constrictor de la vagina, el esfínter del ano, el trasverso perineal, las fibras prerrectales del elevador del ano y algunas fibras longitudinales del recto.

Constitución anatómica.— Este tabique está constituido por la pared posterior de la vagina con sus túnicas, interna ó mucosa, media ó muscular y externa ó conjuntiva, que se une á la pared anterior del recto que contribuye á la formación del tabique con sus túnicas muscular, submucosa y mucosa.

La pared posterior de la vagina posee su túnica interna ó mucosa de color grisaseo ó ligeramente rosada, en las condiciones ordinarias, y que adquiere una coloración rojo obscura y aún violacea durante el embarazo. Es resistente, muy extensible y elástica. Histológicamente constituida por dos capas: el corion mucoso y el epitelio. El corion es formado por un fino retículo conjuntivo, con una cantidad más ó menos grande de fibras elásticas. En las mallas de este retículo se encuentran infiltrados numerosos leucocitos. Estos, abundan en la parte superior de la vagina donde, según Henle, citado por Testut, forman verdaderos folículos cerrados, en ciertos casos.

El corion por su cara profunda adhiere, sin interposición de capa submucosa, á la túnica muscular y

su cara superficial erizada de papilas vasculares se halla recubierta por el epitelio.

El epitelio es extratificado, siendo sus células superficiales planas, las medias poliédricas y cilíndricas las profundas. Envía al corion algunos mame- lones que siempre son llenos y solo á consecuencia de modificaciones de las células centrales parecen ser canaliculados, por cuya razón podrían ser toma- do por formaciones glandulares.

Normalmente no existen glándulas en la mucosa vaginal, siendo el líquido que fluye de la vagina el producto, no de una secreción, sino de una exuda- ción y descamación epitelial de la mucosa vaginal.

En ciertos casos, se han encontrado verdaderas formaciones glandulares hacia arriba en la mucosa de los fondos de saco y hacia abajo, en la mucosa circundante del orificio vulvar. Estas formaciones son completamente anormales y deben ser conside- radas, las de las mucosas de los fondos de saco, co- mo formaciones glandulares erráticas de la mucosa del cuello uterino; y las glándulas retro-vulvares co- mo lóbulos de la glándula de Bartolino, aislado de esta glándula, que se abren por distintos puntos ex- cretores en la parte inferior de la vagina.

La túnica media ó muscular de la vagina está constituida por fibras musculares lisas dispuestas en dos planos, uno superficial de fibras longitudinales y otro profundo de fibras circulares.

La túnica externa de la vagina se compone de haces de fibras conjuntivas y algunas fibras elásticas; se confunde exteriormente con el tejido de las regiones vecinas y une entre sí la vagina con la pared anterior del recto que contribuye á la formación del tabique recto-vaginal con sus túnicas muscular, submucosa y mucosa.

La túnica muscular del recto formada de fibras longitudinales y circulares. Las fibras longitudinales derivan de las fibras longitudinales del cólon ileo-pélvico, que agrupadas forman dos cintas, una anterior y otra posterior, que al llegar al recto se extienden en ambas caras y se unen en los bordes del recto donde esta capa es un poco más delgada que en la cara anterior y posterior. Las fibras circulares forman un plano continuo que rodea todo el recto. La túnica submucosa constituida de la misma manera que la túnica submucosa del resto del intestino. La túnica mucosa del recto presenta además de los caracteres generales de la mucosa del intestino unos repliegues semilunares; «vúlvulas semilunares del recto» que se hallan inmediatamente por encima del ano y unos repliegues longitudinales «Columnas de Morgagni»; además, un desarrollo considerable de las glándulas tubulosas, y la adherencia á la túnica muscular es menor, sobre todo en su porción inferior, en donde las dos túnicas se hallan unidas entre sí, mediante una capa

de tejido celular laxo y sobre todo lo que caracteriza esta túnica mucosa es el desarrollo del sistema venoso. Finalmente la mucosa rectal sufre algunas modificaciones de estructura en su transición de la mucosa al revestimiento cutáneo del orificio anal.

Linfáticos. — Los linfáticos del tabique recto-vaginal provienen en parte de los linfáticos de la vagina, en donde tienen su origen en la túnica muscular y la mucosa, en esta última forman una rica red muy unida, que comunica con la red de los linfáticos del cuello uterino y de los órganos genitales externos. De esta red linfática vaginal, los linfáticos superiores y medios van á los ganglios hipogástricos y los inferiores, uniéndose á los de la vulva, van á echarse á los ganglios inguinales.

Bruhns, insiste sobre uno ó dos ganglios situados inmediatamente por dentro del punto de partida de la arteria uterina. Sobre cada borde de la vagina salen dos troncos linfáticos que van á uno ó dos ganglios dispuestos á cada lado del recto, cerca del punto donde la hemorroidal media sale de la hipogástrica. Una vez sobre quince, existe un pequeño ganglio al nivel del tabique recto-vaginal. Moran, citado por Poirier, habla de cuatro troncos linfáticos que van por la parte lateral de la vagina y se encajan en los lados de este tabique recto-vaginal y van á los ganglios inferiores del plexo iliaco que se

encuentra á nivel del origen de la arteria vaginal.

Los linfáticos posteriores de la vagina van desde la pared posterior de ésta, hacia atrás y arriba y terminan en los ganglios adosados á la túnica muscular del recto. (Bruhns), citado por Testut.

Otros linfáticos del tabique provienen del ano y del recto, órganos que poseen una abundantísima red de linfáticos.

La red de linfáticos del ano comunica por abajo con la red linfática perineal y hacia arriba con la red linfática rectal; ésta á su vez conduce algunos linfáticos al tabique recto-vaginal.

Arterias.—Proceden algunas ramas de la red vascular de la vagina, formada en gran parte por la vaginal, rama de la hipogástrica, y algunas ramas de la uterina, hemorroidal media, vesical inferior y pudenda interna.

Otras arterias del tabique recto-vaginal provienen de la red vascular recto-anal de las hemorroidales y especialmente de la hemorroidal media.

Venas.—Unas van al plexo venoso vaginal que ocupa toda la altura de la vagina y otras van al plexo venoso hemorroidal.

Nervios.—Tienen su origen del plexo hipogástrico y del plexo sacro.

Es con estos detalles anatómicos, cuya importan-

cia manifiesta se hace indispensable para la explicación del proceso evolutivo de la enfermedad que nos ocupa, que vamos á entrar de lleno en los capítulos subsiguientes á estudiar, con cuanto está á nuestro alcance, el absceso del tabique rectovaginal

— — —



HISTORIA

Se registran al través de los tiempos, sólo 26 observaciones de abscesos del tabique recto-vaginal.

El caso más lejano se remonta al año 1836, en que Boehm refiere un caso de absceso del tabique recto vaginal; de origen tífico probable.

Posteriormente se suceden las observaciones como la de Rhea Barton en el año 1840. Perret en el año 1855 que refiere un caso de absceso del tabique recto-vaginal debido a un estrechamiento del recto.

Cayla y Lawson, en 1877, observan un caso de absceso del tabique recto-vaginal produciendo una obstrucción del recto. Absceso debido probablemente a una flebitis hemorroidaria.

En éstos últimos años Routier en el año 1908 y Coutisson en 1911 consagran nuevas observaciones.

Entre nosotros se registra un solo caso de absceso del tabique recto-vaginal publicado por el doctor Emilio R. Coni en el año 1882.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Respecto á las causas que producen los abscesos del tabique recto-vaginal son varias; algunas veces se desconocen, en ciertos casos, y no siendo posible precisar su origen, se les podría considerar de naturaleza tuberculosa. En algunos casos hay que suponer el goma del tabique recto-vaginal y buscar, por consiguiente, los estigmas de sífilis en las enfermas, pues, desconocido este antecedente, se dejaría evolucionar el goma hasta el reblandecimiento y la disgregación completa, que eficazmente se combatiría con un tratamiento oportunamente practicado. Se comprende la importancia de la investigación de los antecedentes, pues así se evitará el error de considerar como absceso un goma del tabique reeto-vaginal.

Rara vez un absceso del tabique es consecutivo

á afecciones de la vagina ó de la vulva (vaginitis, chancros), más común es observar un absceso consecutivo á un estrechamiento del recto. Explicándose su formación porque por encima del estrechamiento se produce un acantonamiento de materias fecales, las que como si se tratase de un cuerpo extraño actúan sobre el epitelio de la mucosa rectal, traumatizándolo y produciendo en ciertas partes la caída de éste, pequeñas erosiones, que en definitiva son las puertas de ingreso á los microbios que habitan el recto y que originarán el absceso.

Se han observado abscesos del tabique consecutivos á flebitis y periflebitis hemorroidarias, tuberculosis perineal y rectitis.

Los procesos supurativos pelvianos pueden invadir el tejido celular del tabique ó invadir, por vía linfática, y dar origen á la formación de abscesos.

Añadiremos á estas causas los traumatismos directos sobre el tabique vaginal, ya sea á consecuencia de un parto laborioso, de quemaduras, heridas, cuerpos extraños, etc.

El trombus puerperal puede llegar á la supuración y dar lugar á la formación de absceso flemonoso del tabique recto-vaginal y ser el origen de accidentes septicémicos muy graves y hasta mortales, sobre todo en la fiebre puerperal.

Se ha observado también en el curso de la fiebre tifoidea abscesos del tabique, lo que hace ver en

ello una complicación más, aunque rara, de esta enfermedad.

En la etiología de estos abscesos figuran los agentes comunes de la supuración en general, el estafilococo, el estreptococo piógeno, el colibacilo y más raramente el bacilo de Koch y el gonococo de Neisser.

Estos microorganismos, como en las infecciones en general, penetran á favor de cualquier solución de continuidad, á nivel del ano ó del recto, regiones normalmente tan pobladas de gérmenes saprófitos. La retención de materias fecales en las estrechese rectales, la inflamación é ingurgitación venosa en las flebitis y periflbitis, la hiporemia, todas son causas que exaltan la virulencia de estos gérmenes, que penetrados á través de una solución de continuidad, á veces imposible de ver, llegan al tabique recto-vaginal por vía linfática ó sanguínea, localizando en él su acción y dando por resultado la formación del absceso.

Menos frecuentemente, el punto de entrada de los microorganismos es la mucosa vaginal, pues como muy bien dice Boursier «la mucosa vaginal es, por su estructura, demasiado resistente á la infección microbiana. En efecto, es una mucosa espesada, dermo papilar, en que su estructura se aproxima á aquella de la piel. Su dermis es espeso y fibroso, tiene papilas numerosas y su superficie lisa está tapi-

zada por un epitelio pavimentoso extratificado; falta la capa córnea que protege tan eficazmente la epidermis, pero las células presenta una muda incessante».

Además, debemos recordar el importante rol de defensa que posee la acidez del mucus vaginal. Pero á pesar de las condiciones anatómicas de resistencia de la mucosa-vaginal, á pesar de la acidez del muco-vaginal, ciertas condiciones especiales, ya sean traumatismos ó irritaciones locales, son capaces de acrecentar la virulencia de los múltiples gérmenes de la flora vaginal, que penetrando á través de una erosión cualquiera, llegados por la red linfática ó sanguínea al tabique recto-vaginal, producirán el absceso.

Los absesos consecutivos á las supuraciones pelvianas, se explicarían por descenso y propagación de la infección por el tejido celular hasta el tabique recto-vaginal.

SINTOMATOLOGIA

Generalmente la enfermedad se acusa por la aparición de dos síntomas; el dolor y la fiebre. Rara vez el absceso del tabique recto-vaginal tiene un principio insidioso é indoloro.

Este absceso puede anunciarse por un pequeño dolor á nivel del tabique recto-vaginal, acompañado de inapetencia y malestar. O bien empieza con fenómenos generales, escalofríos, fiebre, postración, anemia y enflaquecimiento.

El dolor local, es casi siempre el primer signo, es muy variable, puede aparecer bruscamente y adquirir toda su agudeza al cabo de varios días, acompañado de una sensación de peso en la región perineal y de un deseo frecuente de defecar (tenesmo.)

El dolor se acentúa con los movimientos, la tos ó cualquier esfuerzo, haciéndose penosa la marcha y aún la posición sentada y muy dolorosa la defecación.

El examen al espéculum es sumamente doloroso y es necesario renunciar á él y limitarse á practicar el tacto vaginal, combinado con el tacto rectal y aún de este modo resulta doloroso el examen.

Los signos físicos que nos revela este tacto combinado son: la existencia de un tumor con una temperatura mayor que la de los tejidos vecinos, haciendo saliencia en la vagina y el recto, á veces en formas tan acentuadas hasta llegar á obstruir uno de estos dos conductos; este tumor es sumamente doloroso al tacto y en cierto punto puede llegar á percibirse la fluctuación.

La rectoscopia podría usarse, como un medio más de exploración.

Dolor, tumor bien circunscripto, aumento local de la temperatura, fenómenos generales escalofríos, fiebre, postración, tenesmo, defecación dolorosa, constituyen el cuadro clínico que caracteriza esta enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Los abscesos del tabique recto-vaginal se diferencian de los quistes, en que estos últimos son indoloros y sin ningún síntoma inflamatorio, hasta el extremo, que no siendo estos muy grandes, pueden pasar desapercibidos para la enferma, cuando á la ocasión de un otro estado patológico, por el exámen genital se revela su existencia.

El enterocece vaginal se distinguirá por su consistencia pastosa y á veces puede percibirse gorgoteos, por su reductibilidad fácil seguida de un retorno inmediato, haciendo la reduccion del tumor se siente una propulsión de éste, un choque del tumor, sobre el dedo que palpa cuando se hace toser á la enferma.

El trombus vaginal se diferencia, en que es un tumor blando, pastoso, más ó menos difuso; el color violáceo, nogrusco de la mucosa que le recubre; la

rapidez y las condiciones de la formación de ese tumor; la crepitación sanguínea, vuelven el diagnóstico muy fácil.

El diagnóstico del absceso del tabique recto vaginal con la hernia vaginal estrangulada, se hace á veces muy difícil, pero los fenómenos de reacción peritoneal, que se observa en esta, favorecen la diferenciación.

El goma del tabique recto-vaginal se diagnosticará teniendo en cuenta los antecedentes y los signos de sífilis observados en la enferma.

Se diferencian de los abscesos del tabique recto-vaginal las supuraciones pelvianas, pelvi peritonitis, hematoceles supurados: por el estado general más grave, por los dolores más difundidos en todo el vientre, haciéndose más intensos sobre todo en el hipogástrico, fosas ilíacas y escavación pelviana, por la mayor intensidad de los síntomas; temperatura, vómitos, por el pulso pequeño, frecuente ó irregular y por el examen ginecológico que revela en la pelvis una tumefacción dura, lisa, algunas veces pastosa que puede hacer saliencia en el fondo de saco posterior.

El epiteloma se diferencia por que es un tumor duro, adherente, bien limitado ó infiltrado, con adenopatía ganglionar, con graves signos funcionales y perturbación rápida del estado general. Otras veces es un tumor blando, fungoso, sangrando al menor

contacto. con un derrame vaginal de una fetidez análoga á la del cáncer del cuello del útero.

Los sarcomas se distinguirán sobre todo por las hemorragias frecuentes y por la ausencia en estos tumores del dolor, ó cuando éste existe, es poco acentuado y tardío en su aparición.

Los abscesos fríos se distinguirán por la evolución tórpida y por los caracteres y resultados de la investigación del líquido de la punción.

Finalmente hay que eliminar una variedad de tumor que perteneciendo al útero hace saliencia en la cavidad vaginal, éstos son los fibromas uterinos pediculados sub-serosos habiendo desdoblado el tabique recto-vaginal, persistiendo la unión de estos tumores con el útero, se percibe que los movimientos se transmiten de uno á otro y la matriz es, ciertas veces, el sitio de algunas malformaciones semejantes.



EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Estos abscesos evolucionan generalmente hacia la abertura en la vagina y el recto, dando lugar á la formación de las fístulas recto-vaginales. Más rara vez, se abren solo en la vagina, en el periné ó el recto, formando la fístula vaginal, perineal ó rectal.

El pronóstico es casi siempre favorable; una tal benignidad relativa de la enfermedad, en oposición con la aparente gravedad de su desarrollo clínico, reposa sobre la rápida eliminación del pus, de donde resulta una brecha espontánea que dá pronta salida á la materia séptica que se había acumulado en el tabique recto-vaginal.

Liebermeister ha observado en el curso de una fiebre tifoidea, en una mujer de 74 años de edad, que sucumbe á consecuencia de un absceso voluminoso del tabique recto-vaginal, que se había abierto

en el recto habiendo ocasionado una hemorragia abundante.

El pronóstico, en lo que se refiere á los tejidos de este tabique, es menos favorable, pues produciéndose una pérdida de substancias, por su persistencia, provoca la producción de fístulas recto-vaginales que son siempre demasiado rebeldes á todo tratamiento.

TRATAMIENTO

Se combatirá el dolor eficazmente, empleando al interior, el opio, morfina, ó bromuros, por el reposo absoluto en el lecho, baños de asiento, prolongados, emolientes y añadido á todo ésto, una alimentación ligera, de preferencia el régimen lácteo; comunmente los dolores serán calmados con la emisión sanguínea mediante la aplicación de sangijuela en el periné.

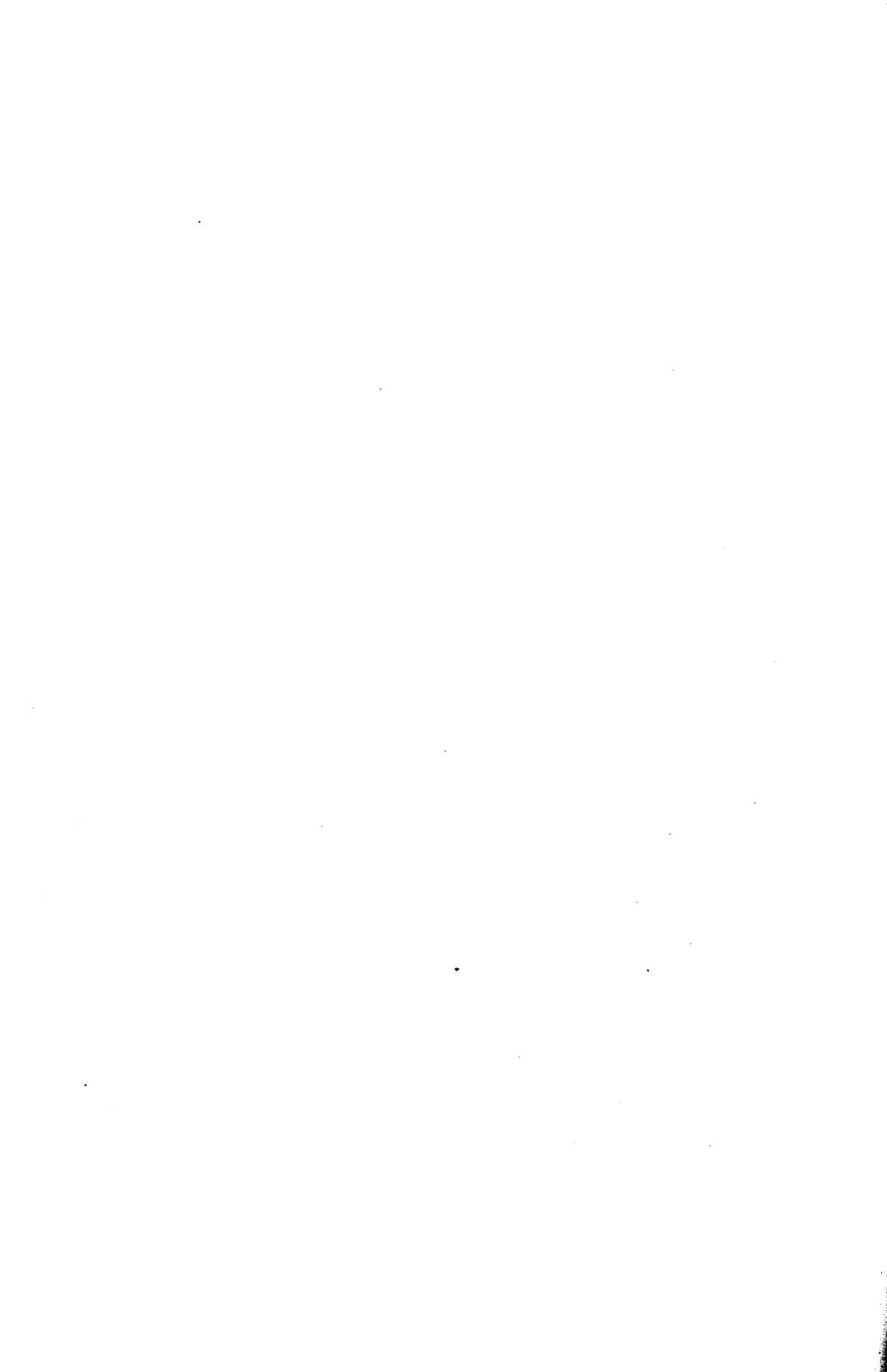
A pesar de todos estos cuidados, la inflamación generalmente no se detiene, no observándose la reabsorción espontánea, y en cambio sí, la producción de la supuración; la formación del absceso.

Una vez formado este absceso, hay que abrirlo ampliamente, en el punto donde la fluctuación sea más franca y esta apertura se hará por vía vaginal, se coloca un drenaje y se harán lavajes antisépticos, á diario, en la cavidad del absceso y lavajes vaginales.

A medida que el derrame disminuya se retirará el drenaje y se sustituirá por una mecha de gasa esterilizada, de más en más pequeña, á fin de evitar, en lo posible, la formación de la fistula.

A veces en los casos de abscesos prolongados ó en los abscesos á frecuente repetición, el único medio de eliminar la fuente de supuración, será la excisión de la bolsa de la cavidad del absceso donde el pus se colecciona.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL DR. EDUARDO F. BELÁUSTEGUI

M. G. de L., argentina, de Nueve de Julio, 32 años de edad, casada, cama núm. 36. Fecha de entrada: 3 de Julio de 1914.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido varicela en su primera infancia, tuvo su primera menstruación á los 13 años de edad, éstas después fueron regulares, indoloras, abundantes y duraban tres días.

Se casó á los quince años de edad, habiendo tenido 6 embarazos con partos y puerperios normales, excepto el último embarazo, que terminó con un aborto de dos meses, atribuido por la enferma á un esfuerzo.

Sus reglas se hicieron después irregulares, algo dolorosas, escasas y de uno á tres días de duración, sufriendo pequeñas metrorragias.

Desde hace un año, hasta poco antes de su ingresa, ha notado que su sangre menstrual, toma el tipo hidrorreico. Es constipada habitual.

Enfermedad actual.—Flujo amarillento, en regular cantidad y 15 á 20 días después, bartolinitis supurada, que es incindida y drenada con gaza, por un médico de la localidad.

Transcurren varios meses, durante los cuales la enferma no siente nada anormal y puede efectuar su vida diaria, excepto durante sus relaciones sexuales, que al ejecutarlas son muy dolorosas sobre el tabique recto-vaginal. La introducción de la cánula para los lavajes no es dolorosa.

Hace cinco meses empieza á sentir una molestia en la región perineal, con dificultad para la marcha, para mover el vientre; todas estas molestias se acentúan y la enferma dice que se transforman en un dolor sordo y que jamás ha sentido punzadas.

A los 15 días de iniciados estos fenómenos, nota que en la vagina tiene una tumefacción blanda, que al tocarla le hacía el efecto de que le quemaba y en su parte más saliente hay un punto netamente fluctuante, que no tarda en abrirse al exterior, dando salida á un pus de color amarillento y de olor nauseabundo.

A los pocos días nota que sus materias fecales salen cubiertas de pus y es, desde entonces, que nota el pasaje de gases en su vulva.

Después de cuatro meses, resuelve ver á un médico, quien le aconseja ingresar al hospital.

Estado actual.—Buen estado general, esqueleto bien desarrollado, regular desarrollo muscular y panículo adiposo.

Piel color trigueño, elástica sin manchas ni cicatrices sospechosas. Mucosas lisas bien coloreadas.

Hay infarto ganglionar poco acentuado en ambas regiones inguinales.

Aparato respiratorio.—Normal.

circulatorio.—Corazón normal. Pulso: regular, igual, buena tensión, 74 pulsaciones por minuto.

Abdómen.—Globuloso, algo depresible; en la región cólica se palpa una cuerda dolorosa.

Higado.—Límites percutorios normales.

Bazo.—No se palpa.

Aparato urinario.—Riñón normal. Vejiga de continencia fisiológica; la micción no es dolorosa ni frecuente.

Aparato genital.—Vulva con sus grandes labios que se encuentran adosados por su borde mucoso y que al entreabrirlos dejan ver, sobre la horquilla, en la pared vaginal posterior, un orificio de forma redondeada de un centímetro de diámetro, y por

encima de éste, otros dos más pequeños. Introduciendo por el orificio citado un histerómetro, vemos que penetra con facilidad con dirección netamente superior y posterior, saliendo en el recto á una distancia de seis centímetros por encima del ano. Al tacto vaginal la pared posterior nos hace el efecto de hallarse espesada. Haciendo pujar á la enferma, se nota una ligera procidencia de la pared vaginal posterior. Al introducir el índice en el recto para ir á buscar la salida del histerómetro, se aprecia el orificio anal resistente, como de consistencia esclerosa y de altura aumentada.

Cuello uterino.—De forma cilíndrica, con su orificio externo redondeado, es móvil lo mismo que el cuerpo del útero, que se encuentra en anteversión fisiológica.

Fondos de saco depresibles, no apreciándose lesiones anexiales.

Diagnóstico clínico.—Colitis, absceso del tabique recto-vaginal, abierto en la vulva y el recto: fistula recto-vulvar, estrechamiento del recto.

Tratamiento.—Se procede á efectuar la antisepsia rectal con naftol Beta y cloruro de sodio, y vaginal con permanganato de potasio, luego se cambian los enemas de naftol con enemas de agua oxigenada.

Operación.—Dr. A. Caviglia.

Anestesia raquídea, 0.10 centigramos de novocaína. Exito.

Previa dilatación anal con el aparato de Nicaisse, se procede á efectuar una perineorrafia, utilizando el levantamiento del colgajo vaginal para efectuar la extirpación del trayecto fistuloso y seccionarlo á nivel del recto; enfundando la sutura en una bolsa hecha con tejido celular y la musculosa. Se procede luego á efectuar una miorrafia de los elevadores, y se termina la perineorrafia con la sutura vaginal y perineal.

Marcha post operatoria.—Se constipa la enferma hasta el sexto día, al fin de los cuales se le suministra magnesia cada dos horas, cierre de la cicatriz por primera intención.

La enferma sale de alta el 27 de Septiembre de 1914. Curada.

Por haber mencionado anteriormente el hecho de ser tan escasas las observaciones sobre estos abscesos, creemos indispensable asociar á nuestra observación personal, la del eminente médico argentino Dr. Emilio R. Coni, de modo que dejamos así constancia de los dos únicos casos hasta hoy observados entre nosotros.

Observación II

DOCTOR EMILIO R. CONI. REVISTA MEDICA QUIRURGICA.
1882, BUENOS AIRES

Absceso hemoso del tabique recto-vaginal pelvi-celulitis

Hace próximamente seis meses fui requerido para prestar asistencia á una mujer que padecía de una afección al vientre. Joven de de 25 años de edad, de constitución débil y de temperamento linfático nervioso, se dibujaba en su fisonomía contraída las huellas de un intenso sufrimiento.

Interrogada respecto al comienzo de su dolencia, me informó que algunos días antes había tenido escalofríos repetidos, fiebre, una completa postración y un fortísimo dolor en el bajo-ventre, acompañado de un peso y de un deseo frecuente de defecar (tenesmo.)

A pesar de haberse hecho algunos remedios, tales como baños de asientos, cataplasmas, etc., no había sentido mejoría alguna. Según ella, se trataba de

una gran inflamación al útero. Procedí á hacer un exámen, lo más prolijo que me fué posible. Palpando el abdomen observé cierto timpanismo y una extremada sensibilidad, sobre todo en las regiones ilíacas é hipogástrica. Como no dispusiese en ese momento de espéculum, me limité á hacer el tacto vaginal. Con sorpresa pude comprobar por el dedo la existencia de un tumor de regular volúmen, situado en la pared interior de la vagina y cerca del útero. Sus dimensiones eran tales, que con alguna dificultad pude llegar á tocar el hocico de tenca que se hallaba situado detrás del tumor. Este reconocimiento ocasionó vivos dolores á la paciente.

Como se trataba de un caso serio, exigí una consulta y fué entonces requerido el Doctor Pardo. Después de exponer á este colega los antecedentes de la enferma, manifesté que abrigaba dudas respecto á la naturaleza del tumor y que deseaba conocer su autorizada opinión al respecto. Que anteriormente había asistido á la enferma de una bronquitis aguda y que después de terminada esta afección había reconocido la existencia de tubérculos en los vértices. Que la mujer había llevado una vida desarreglada y que todos estos antecedentes me hacían formular un pronóstico grave.

El Doctor Pardo, después de reconocer á la enferma, expresó que á su juicio se trataba de una inflamación flemonosa del tabique recto-vaginal y

que los demás síntomas hacían suponer que la atmósfera de tejido celular que rodea los órganos de la cavidad pelviana estaba también afectada. Que además, de las inyecciones emolientes en la vagina, aplicación de cataplasmas laudanizadas al vientre, sulfato de quinina al interior y narcóticos por la noche, que había empleado hasta entonces, era conveniente hacer una aplicación de 6 ú 8 sanguijuelas al ano, con el objeto de desengurgitar las venas hemorroidales, puesto que la inflamación tenía su asiento en el tabique recto-vaginal y al día siguiente mover el vientre por medio de un purgante de sulfato de soda. Acepté estas indicaciones como muy racionales y así en efecto se hizo. La emisión sanguínea produjo un alivio en la enferma; la fiebre y los dolores disminuyeron un poco y el estado general experimentó una modificación favorable.

Dos ó tres días después de la consulta con el Dr. Pardo, pude reconocer un punto de reblandecimiento en el tumor, lo que me indicó la formación de pús. Exigiendo nuevamente una consulta, se llamó al Doctor Molina, por encontrarse ausente de la ciudad el Doctor Pardo.

Los chuchos repetidos se explicaban, á mi modo de ver, por el trabajo de supuración que había comenzado.

Examinada la paciente por mi amigo el Doctor Molina, opinó igualmente que se trataba de un tu-

mor que se estaba transformando en un absceso y que reputaba gravísimo el caso porque no era posible medir la extensión de la inflamación pelviana.

Por mi parte manifesté la conveniencia de practicar la punción del tumor una vez que se percibiese una fluctuación franca, de temor que pudiese abrirse en la cavidad peritoneal. El doctor Molina creía que debía hacerse la punción y colocarse una sonda permanente que permitiera no solo dar salida al pus, si no también hacer inyecciones deterrentas y desinfectantes á la vez, en el interior del saco. Así se convino.

Dos días después, practicamos la operación con el doctor Molina. Colocada la enferma en una posición adecuada, introduje en la vagina el índice izquierdo (no era posible la introducción del espéculo) y deslizando sobre él un grueso trocar efectué la punción precisamente en el punto en que la fluctuación era más manifiesta. El trocar dió salida á una gran cantidad de pus cremoso y muy fétido.

Agotada la colección purulenta, se introdujo por el trocar una sonda de goma inglesa N.º 11 hasta el interior de la cavidad y se retiró aquél. Inmediatamente se hizo el lavaje del saco por medio de inyecciones de agua.

Enseguida se aseguró la sonda por medio de una cinta atada á los muslos y al vientre y se continuó haciendo por varios días dos curaciones, una por la

mañana y otra por la noche, que consistían en inyectar por la sonda de una solución desinfectante de ácido bórico y después hacer el lavaje de la vagina.

La supuración fué disminuyendo paulatinamente y al cabo de pocos días había perdido su fetidez casi por completo.

El estado general de la enferma era más satisfactorio, los dolores habían disminuido, volvió un poco de apetito y todo hacía esperar un resultado favorable, cuando la enferma, algo insumisa cometió un desarreglo y contrajo un catarro pulmonar y una laringitis que apagó casi por completo la voz. La fiebre apareció nuevamente, la tos era tenaz, sobrevinieron sudores abundantes por la noche y cada golpe de tos determinaba agudos dolores en el vientre. Tratada convenientemente esta complicación no pudo evitarse sin embargo, que ya por descuido de la paciente, ya en un acceso de tos saliese la sonda de su sitio.

Ante semejante estado de cosas, resolvimos de acuerdo con el Dr. Molina, introducir nuevamente la sonda sirviéndonos de conductor el dedo índice izquierdo, pero á pesar de reiteradas tentativas no pudimos conseguir nuestro intento. Extraída completamente la sonda, se continuó haciendo inyecciones desinfectantes en la vagina, porque ésta daba salida á una pequeña cantidad de pus.

Transcurrieron así varios días, cuando la enferma

se reagravó; volvieron los escalofríos, una fiebre que se exacerbaba por la noche, dolores al vientre, etc., lo que hacía presumir que el saco se llenaba nuevamente de pus. El tacto vaginal reveló que el tumor había vuelto á formarse y que su contenido era de consistencia líquida.

Convinimos con el Dr. Molina, hacer una nueva punción y, á pedido de la enferma, esta vez le administramos el cloroformo. Practicada la punción por el colega, del mismo modo que anteriormente, introdujo en la cavidad del trócar una sonda de goma, y por medio de ésta se hizo una inyección de agua ligeramente cargada con tintura de iodo iodurada, con el objeto de determinar una pequeña inflamación adhesiva en el saco y sus adyacencias, pues era indudable que existían varios trayectos fistulosos resultantes de la fusión del tejido celular. La paciente mejoró un tanto después de la operación, pero pocos días después volvió á salir de nuevo la sonda y el pus continuó deslizándose por la vagina, unas veces más, otras veces menos.

El estado actual de la enferma es: demacración completa, de vez en cuando una ligera fiebre hectica, dolores intermitentes muy agudos en el vientre, salida de abundante supuración por la vagina y anorexia.

La opinión del Dr. Molina y la mía, es que se han formado abscesos sucesivos en diversos pun-

tos, los cuales han desembocado sus secreciones en el saco principal para salir al exterior por el conducto vaginal. La supuración continuará durante meses hasta que la enferma, estenuada, sucumba á la inanición, á menos que sobrevenga una reacción del organismo, difícil de producirse. La marcha intermitente y prolongada de la afección, se explica perfectamente por el número de abscesos ó cavidades supurantes que se han ido abriendo sucesivamente.

Respecto á los medios farmacéuticos que se han empleado, puedo decir que ellos han sido los tónicos en sus diversas formas, los desinfectantes y los narcóticos para calmar los dolores, cuya mayor intensidad ha coincidido casi siempre con la disminución de la secreción purulenta.

Observaré también que la tuberculosis pulmonar permanece en estado latente, es decir, sin alcanzar el periodo de reblandecimiento, porque existe en el vientre una enfermedad supurante grave que sirve como una especie de emuntorio.



CONCLUSIONES

Los abscesos del tabique recto-vaginal son el resultado de una infección, que la generalidad de las veces proviene del recto.

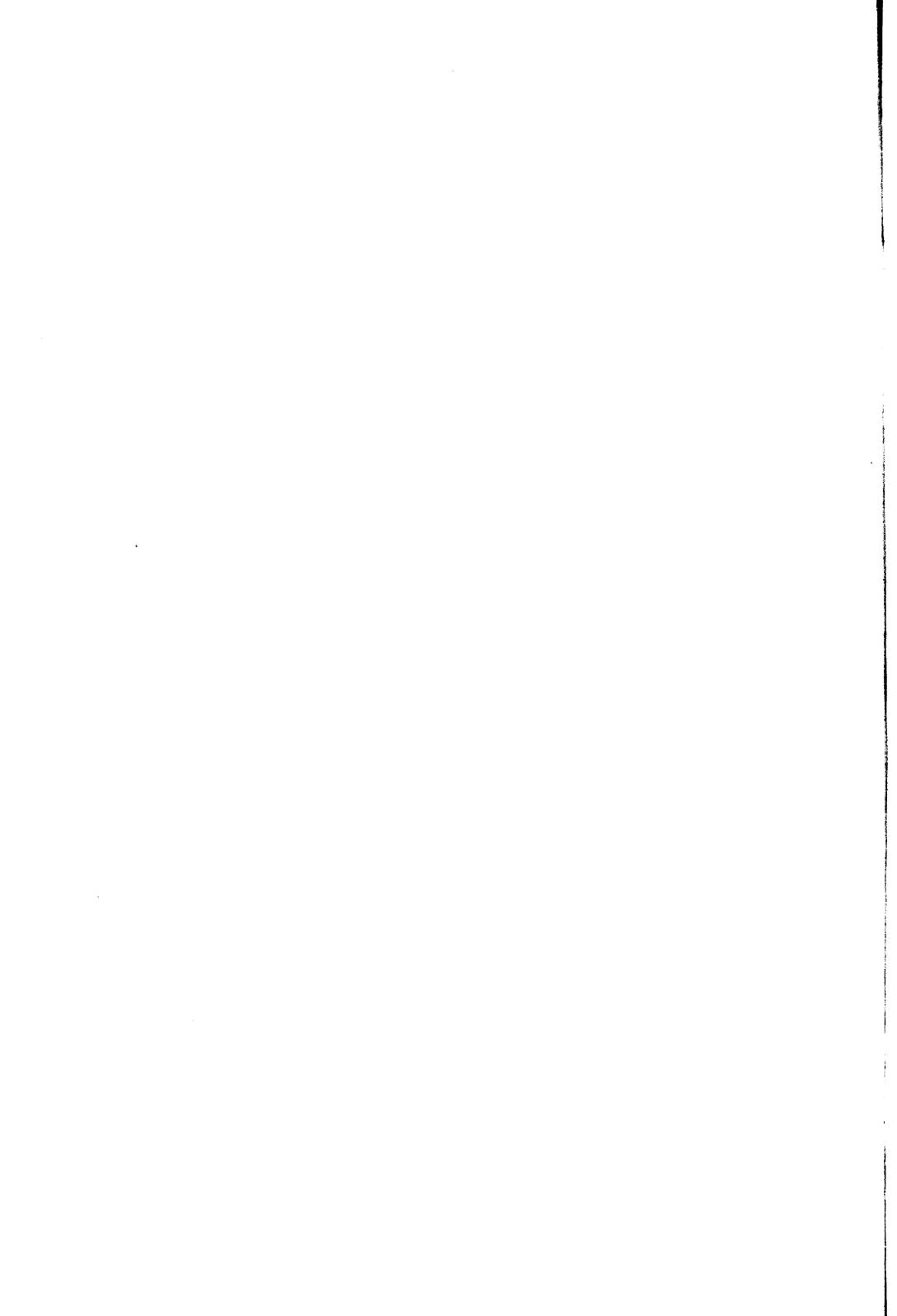
La mucosa vaginal, por sus normales condiciones anatómicas de resistencia y la acidez del mucus vaginal, constituye un terreno menos apto á la penetración de la infección y formación del absceso del tabique recto-vaginal.

Las vías linfáticas y sanguíneas son las que conducen la infección hasta el tabique recto-vaginal.

Los abscesos del tabique recto-vaginal representan una complicación más, aunque sumamente rara, de la fiebre tifoidea.

El pronóstico es, en general, benigno para la vida de la enferma; pero en lo que se refiere á los tejidos del tabique recto-vaginal es menos favorable, pues producida una pérdida de substancia por su persistencia, provoca comunmente la formación de la fistula recto-vaginal.

LUCIO B. LIMONGI.



Buenos Aires. Marzo 20 de 1915

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Fanor Velarde 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. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

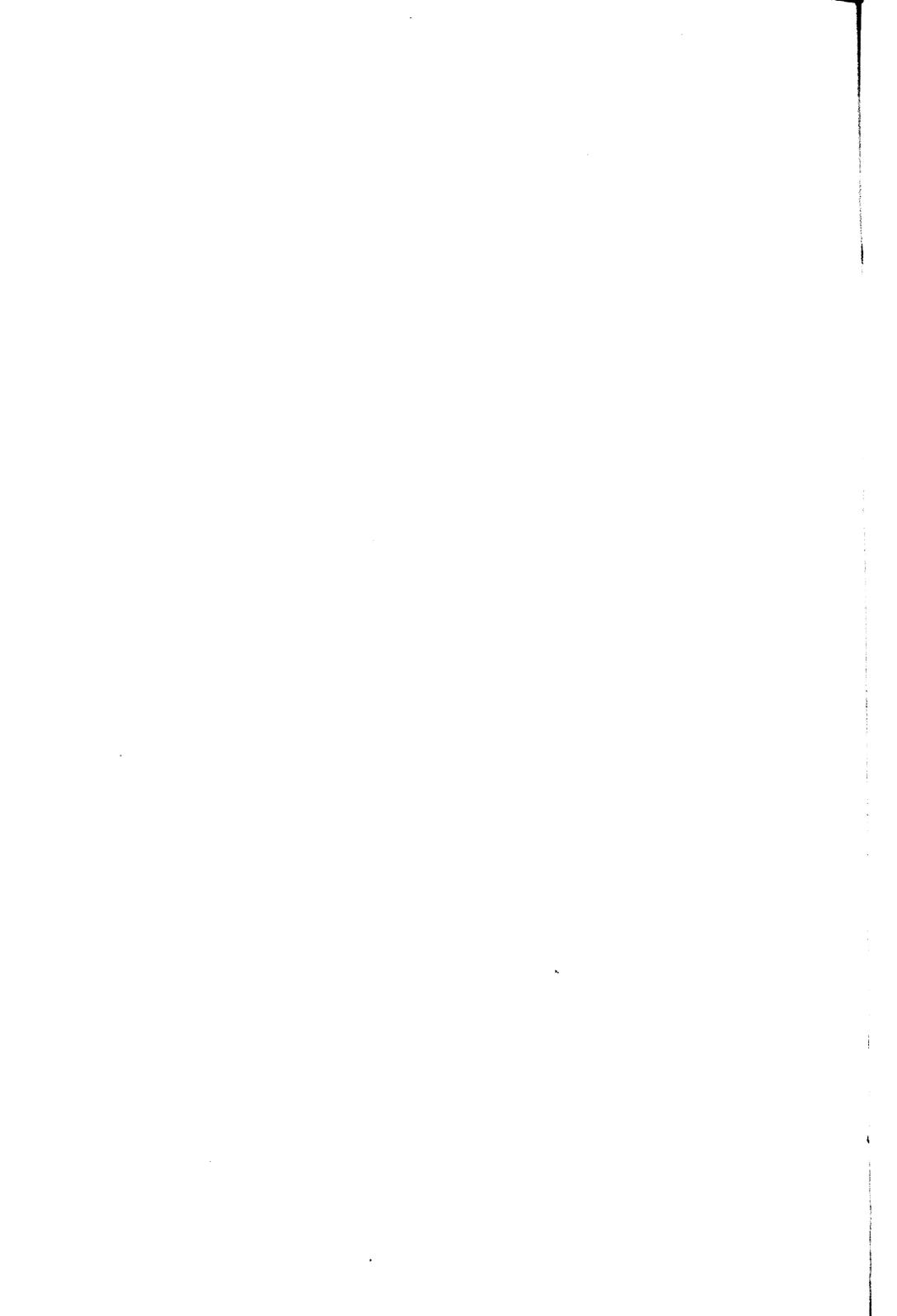
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 8 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2923 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La rectoscopia como elemento de investigación diagnóstica en los abscesos del tabique.

E. Zárate.

II

Inconvenientes que pueden ocasionar las cicatrices del tabique recto-vaginal durante el parto.

F. Velarde.

III

Quistes embrionarios de la vagina. Su génesis, modalidades y evolución.

O. Bottaro.



BIBLIOGRAFÍA

- A. Boursier.*—Gynecologie (Précis d').
- Boehn.*—Archivos generales de medicina, 1836. Tomo XII, página 212.
- Emilio R. Coni.*—Revista médico-quirúrgica. Buenos Aires, 1882, pág. 172.
- Coutisson.*—Contribution à l'étude des abcès de la Cloison recto-vaginale. Paris, 1911.
- Liebermeister.*—Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale, pág. 787. Paris, 1904.
- Paul Petit.*—Anatomie Gynecologique.
- Poirier.*—Anatomie Humaine.
- Testut L.*—Anatomie descriptive.
-



