

N.º 2795

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

Tuberculosis anexial

T E S I S

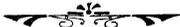
PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL DE GRANDI

Ex-practicante menor y mayor del Hospital San Bernardo (1910 y 1911)

Ex-practicante menor y mayor del Hospital T. Alvear (1912 y 1913)



BUENOS AIRES

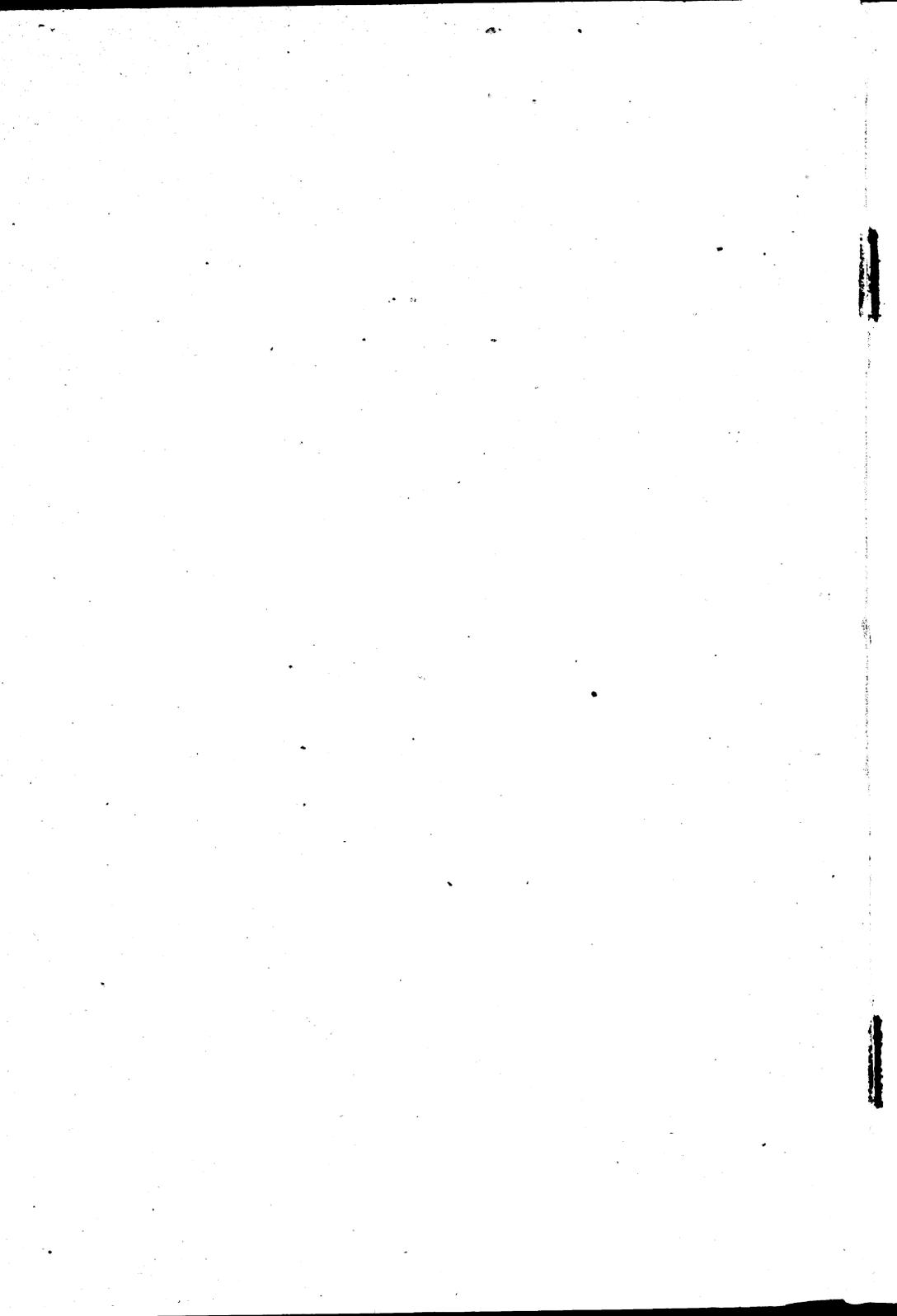
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junín - 863

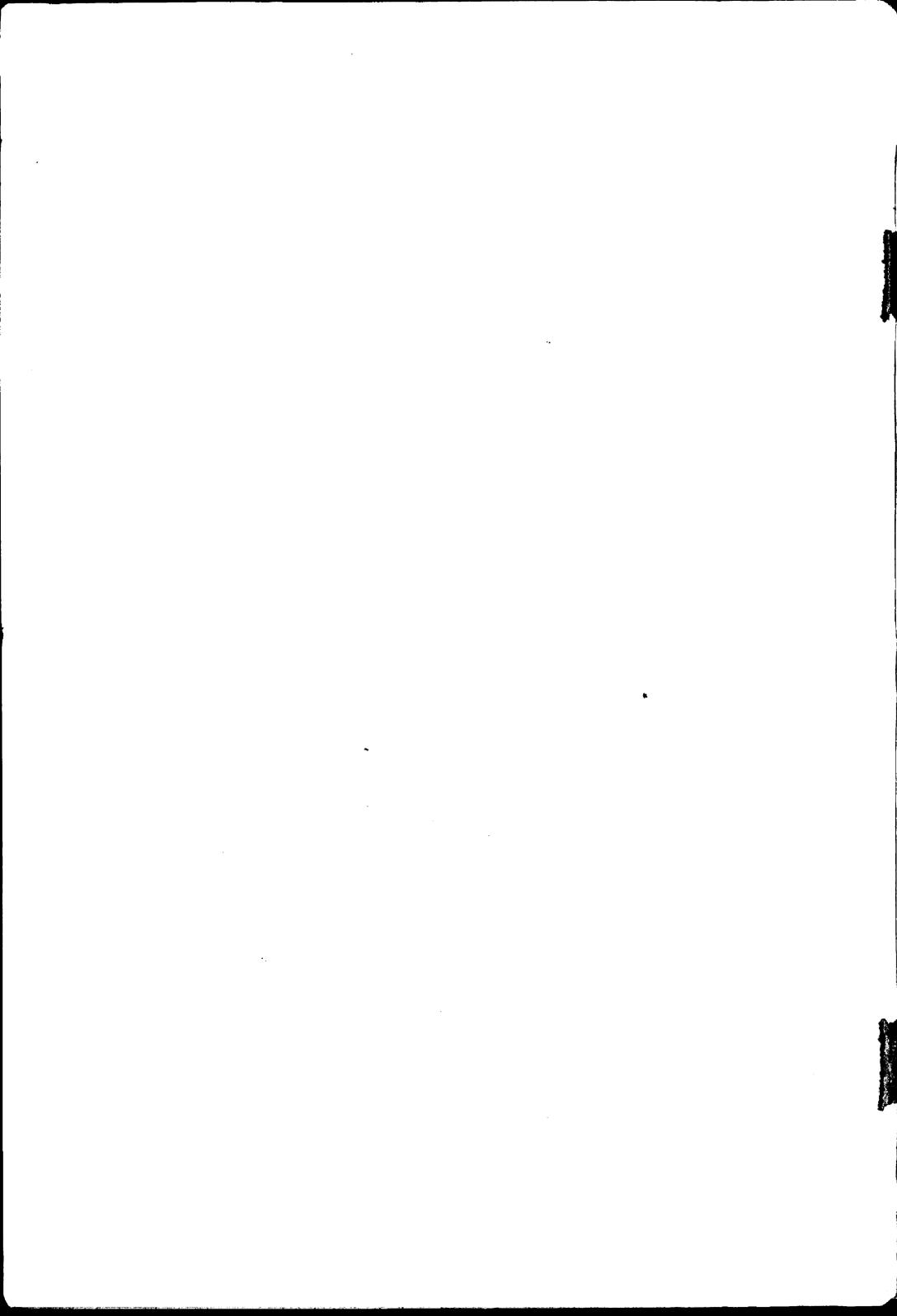
1914

Mex. B. h. P. 8

2795/2878



CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS ANEXIAL



Año 1914

N.º 2795

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

Tuberculosis anexial

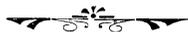
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL DE GRANDI

Ex-practicante menor y mayor del Hospital San Bernardo (1910 y 1911)
Ex-practicante menor y mayor del Hospital T. Alvear (1912 y 1913)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845—Junín—863

1914

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. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

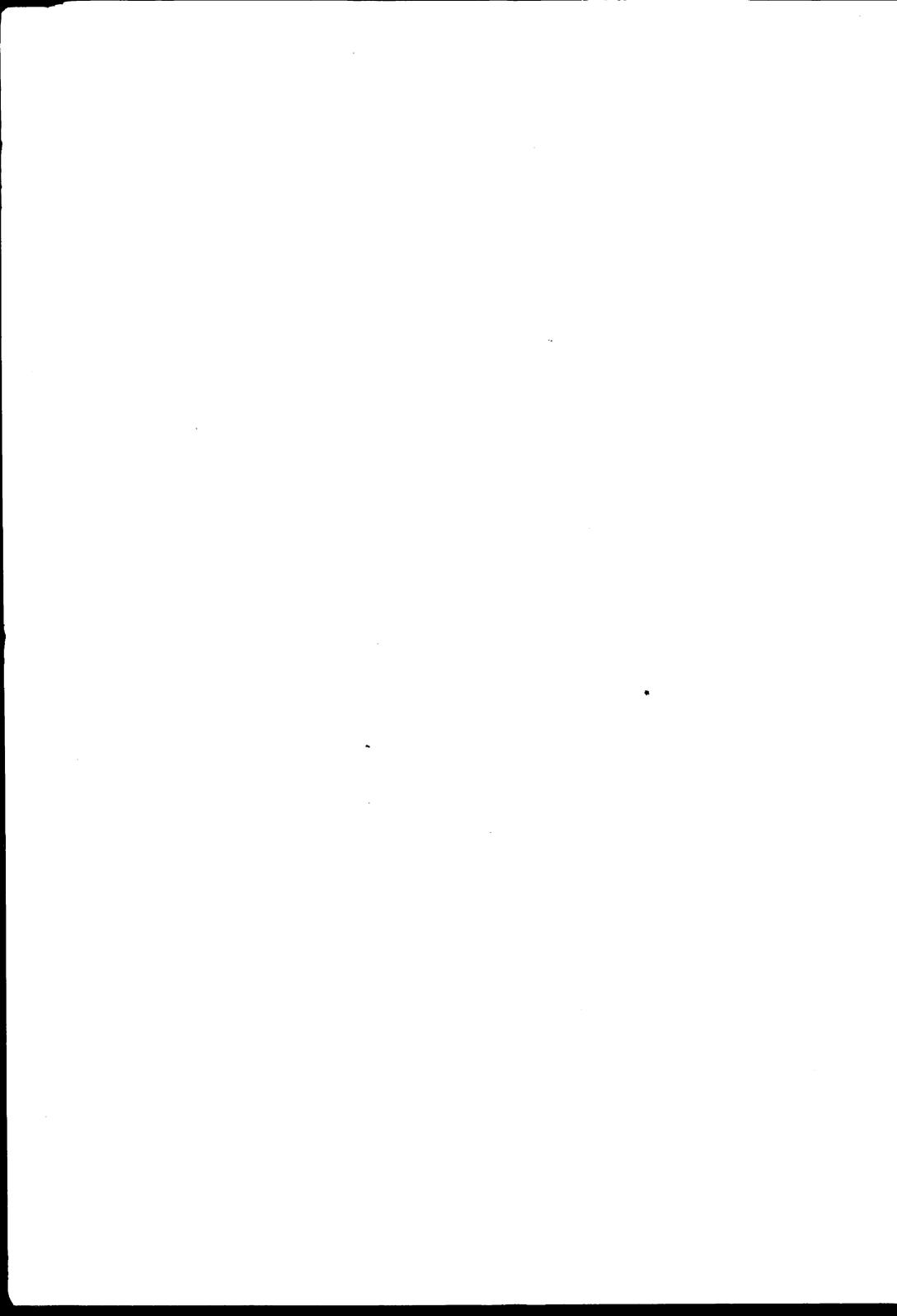
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

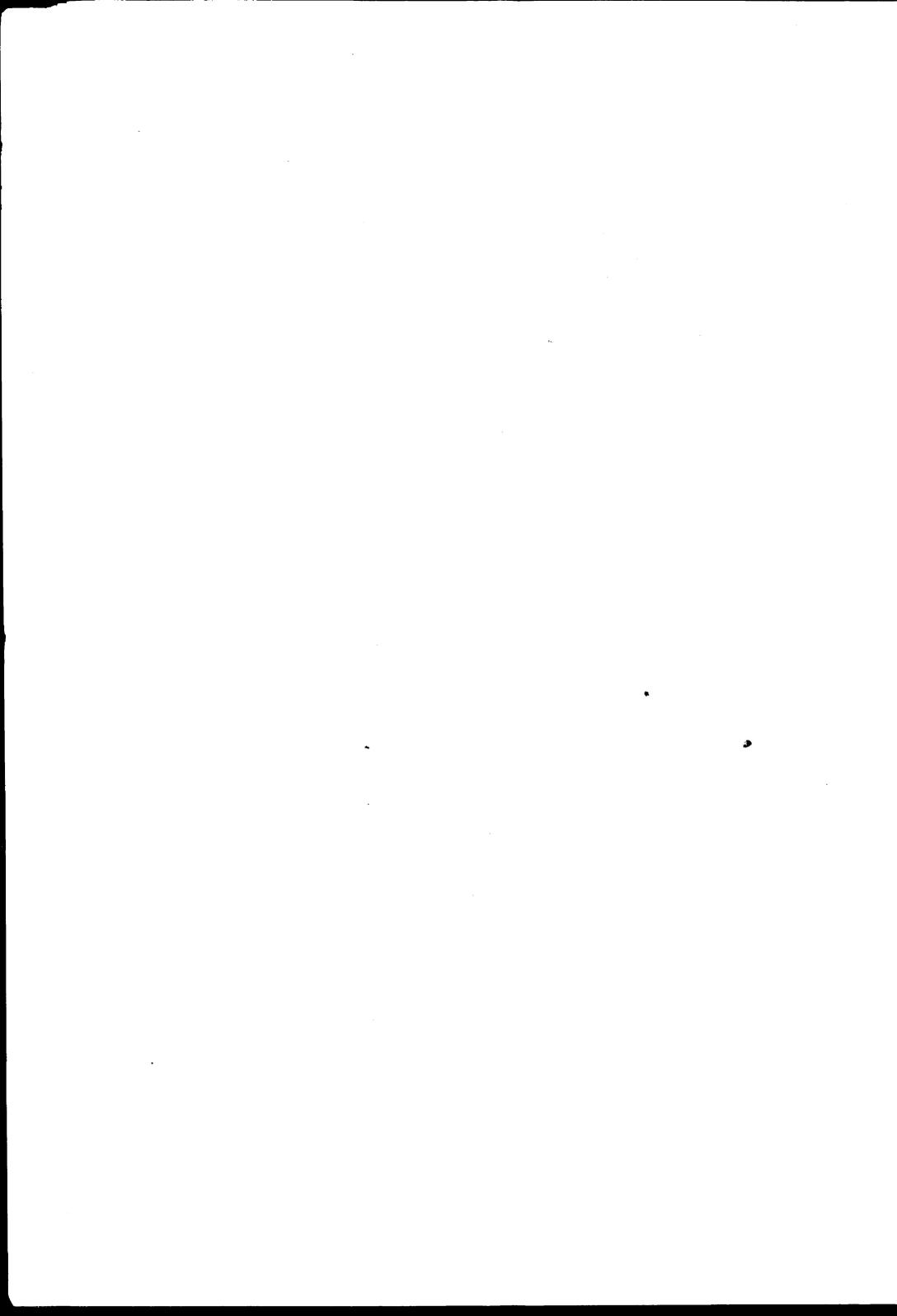


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

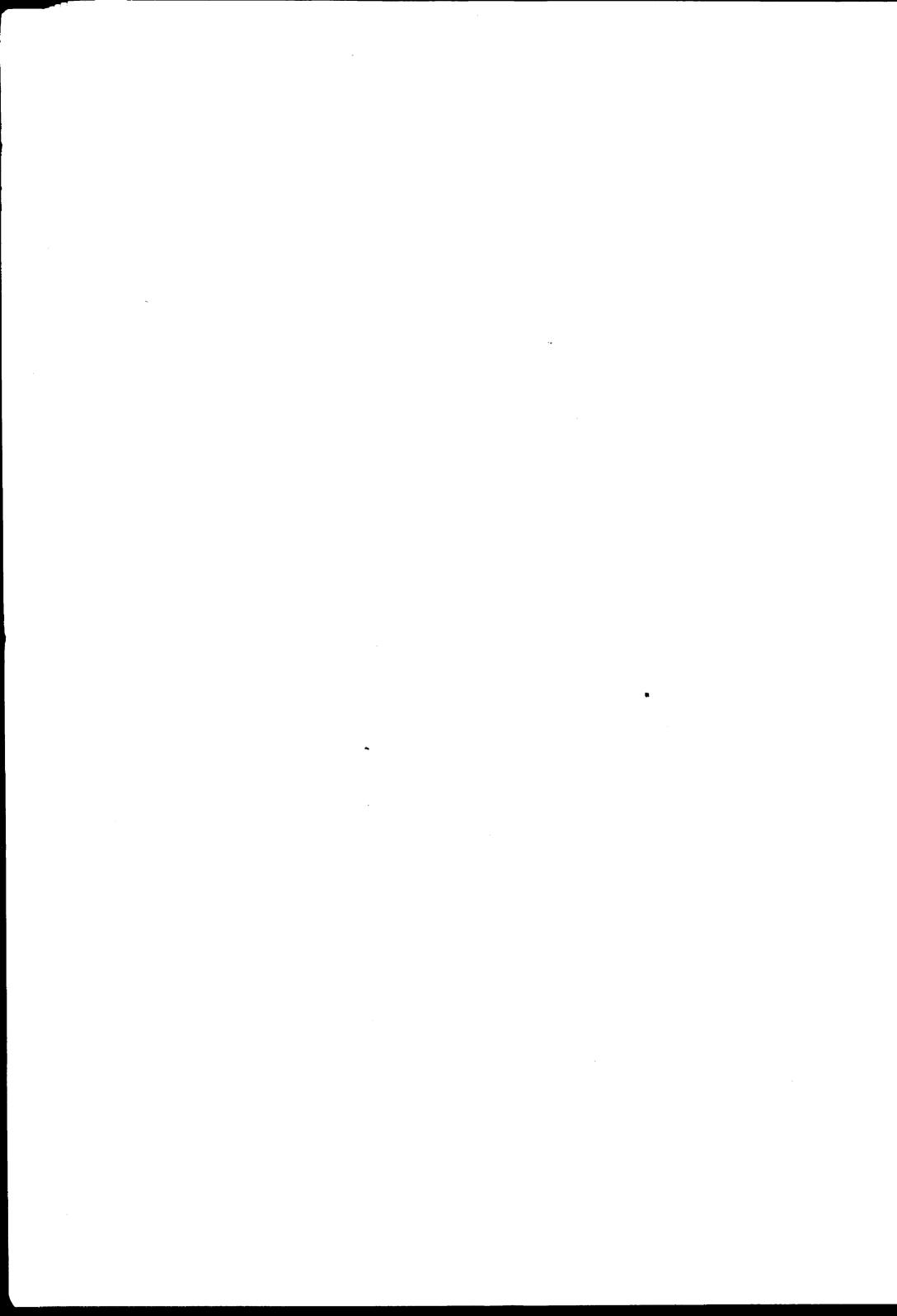
DR. ROBERTO WERNICKE

- » J. T. BACA
- » J. Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » J. M. RAMOS MEJÍA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	{ » RICARDO S. GÓMEZ
	{ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva.....	{ » JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	{ » PEDRO BELOU (interino)
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
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URTARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MANMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA

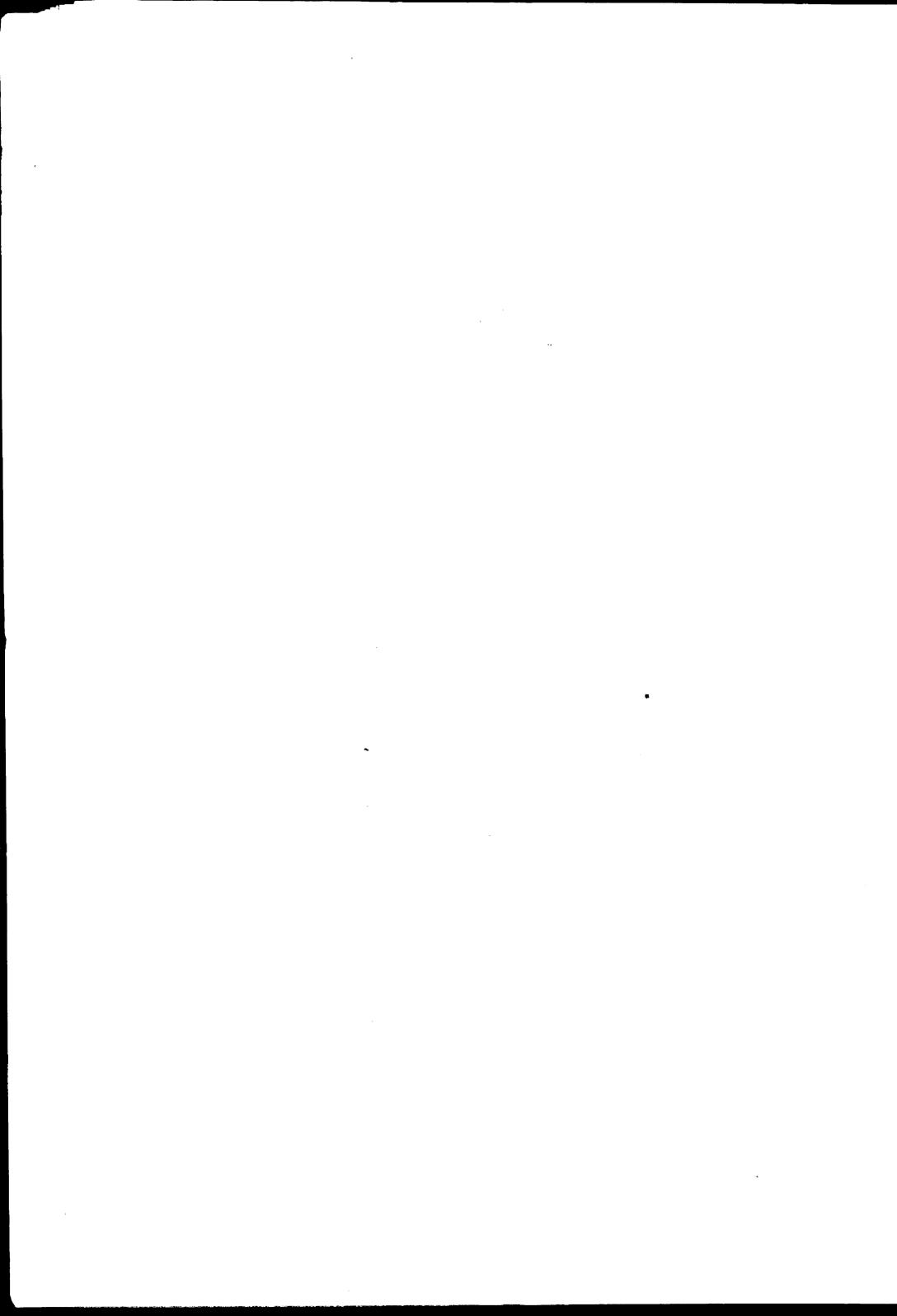


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

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



ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	} » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL 'Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	DR. FANOR VELARDE

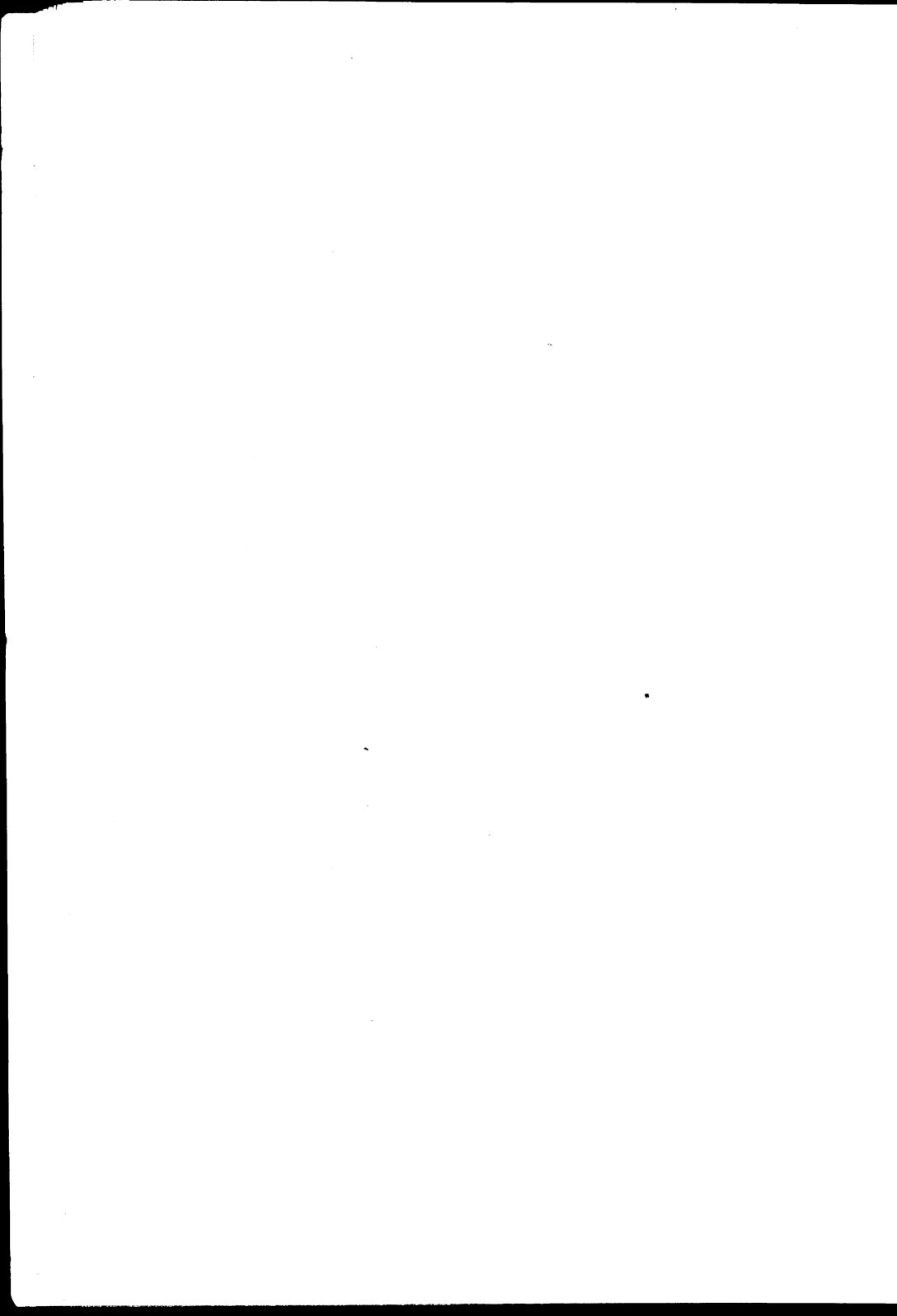
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

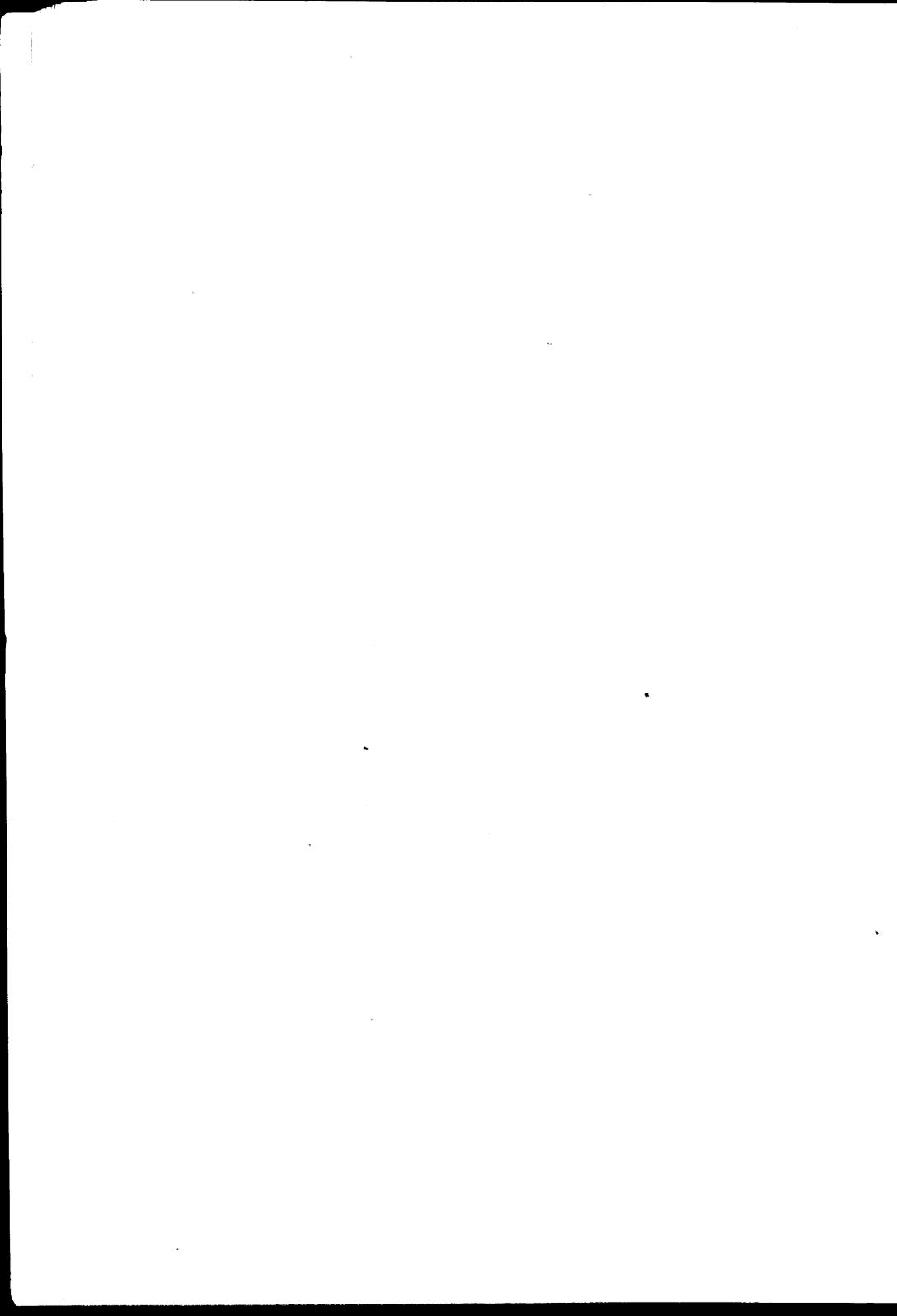


PADRINO DE TESIS

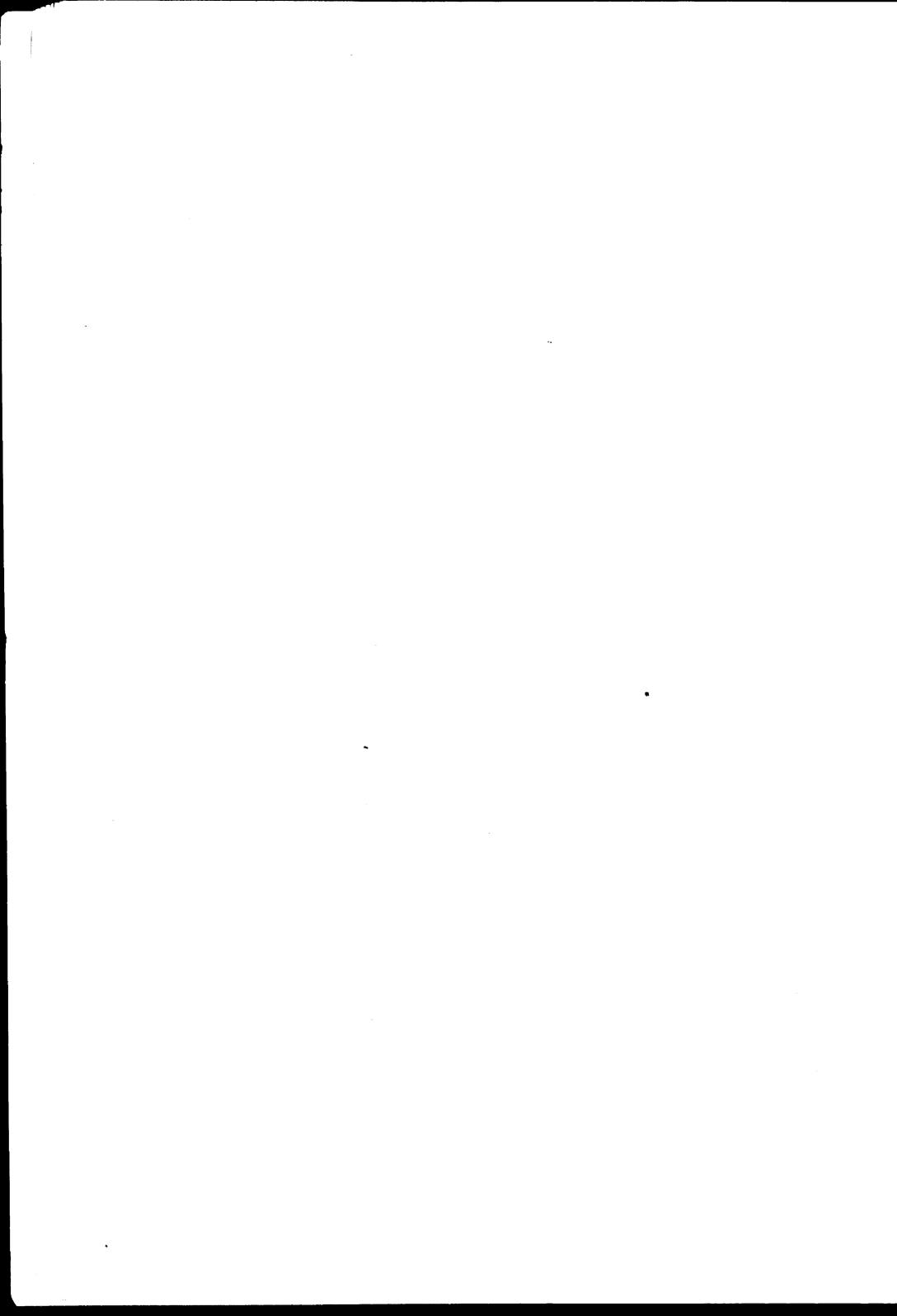
DOCTOR RICARDO S. GÓMEZ

Profesor de la Facultad de Medicina

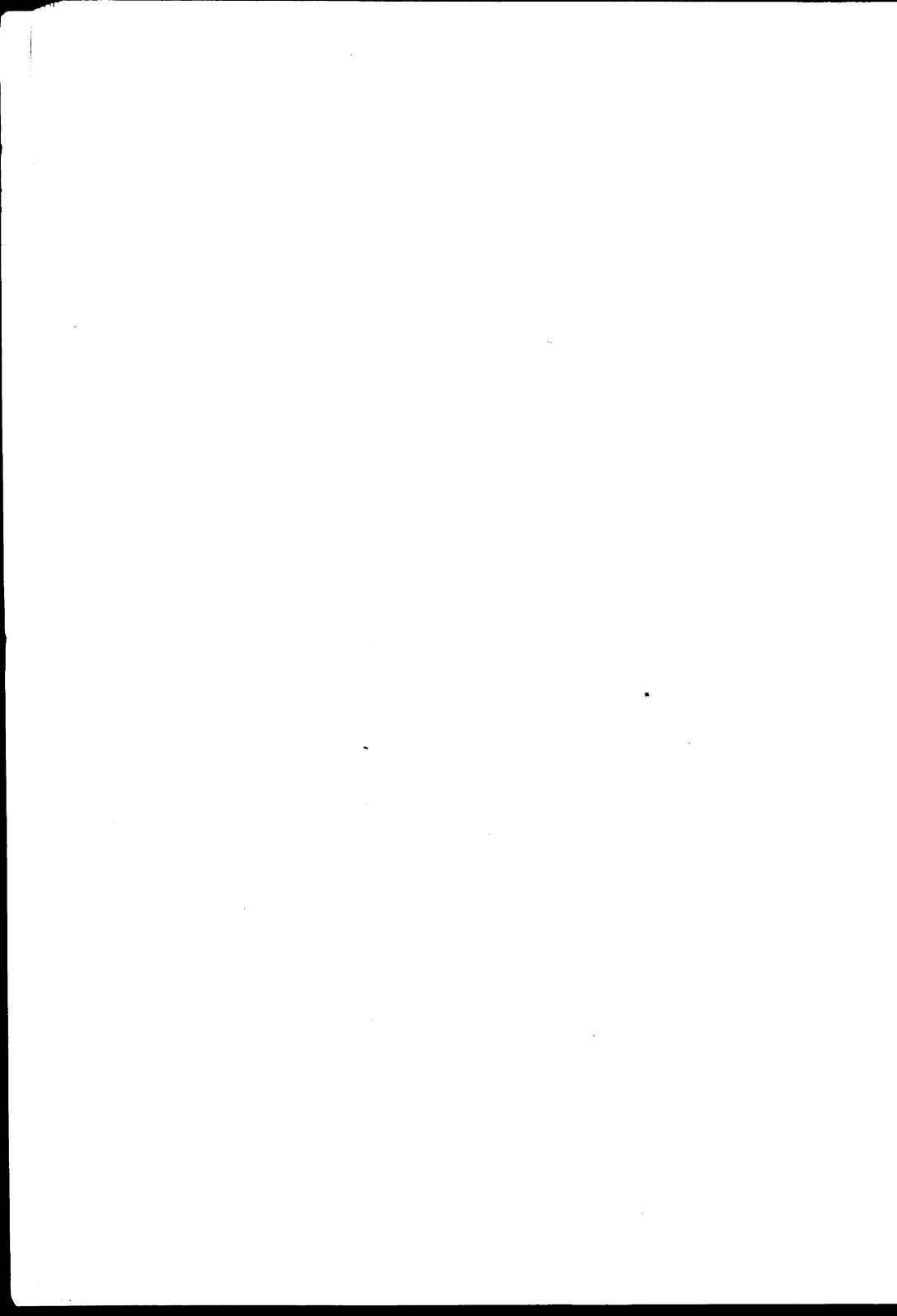
Jefe del Servicio de Ginecología y Cirugía general de mujeres del Hospital T. Alvear



A LA MEMORIA DE MI MADRE



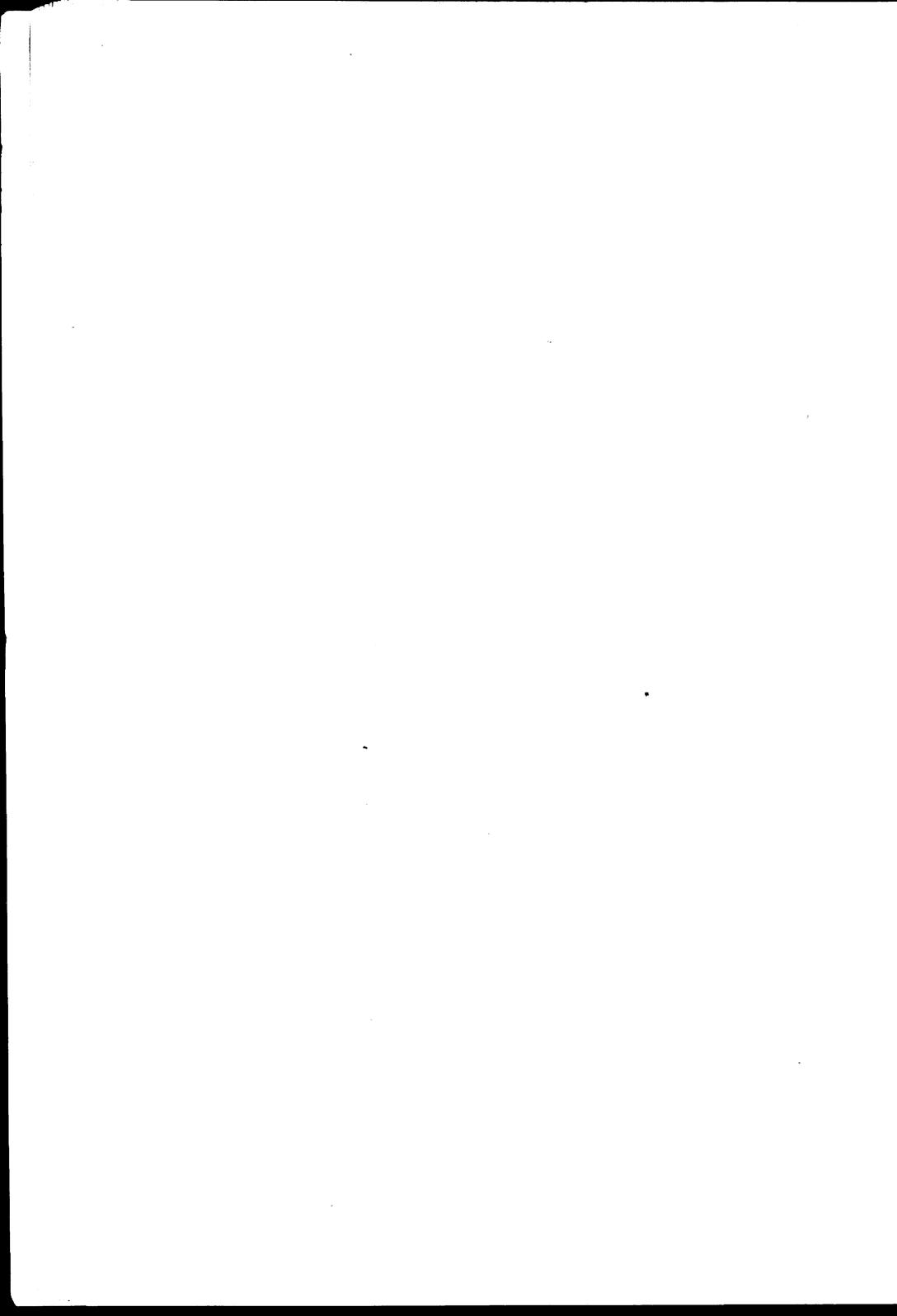
A M I P A D R E



A MIS HERMANAS



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS
DEL HOSPITAL T. ALVEAR



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Presento á vuestra consideración este modesto trabajo sobre tuberculosis anéxial, cumpliendo así una última prescripción reglamentaria de nuestra Facultad.

No pretendo aportar nada nuevo ; me limito solamente á reunir aquí y de una manera muy concisa, los conocimientos más modernos sobre esta afección y que á mi juicio, tienen más aceptación.

Aprovecho esta oportunidad, para dejar constancia de mi agradecimiento á los profesores y médicos que contribuyeron á formar mi criterio médico con sus enseñanzas y consejos.

Al Dr. Ricardo S. Gómez, doblemente agradecido por las atenciones que de él recibiera cuan-

do fui su practicante, y por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto.

Al Dr. José Viale, director del Hospital T. Alvear, y á los Dres. Rouvier Garay, M. A. Dessen, José Sabatini, Joaquín Nin Posadas, M. J. del Carril, Carlos Labat y A. Barceló, mi más sincero reconocimiento por las enseñanzas y las atenciones recibidas.

Al Dr. Lenzi y á mi amigo Juan Parola, á quienes debo parte del material de estudio y observación que me sirviera para ordenar este trabajo, mis más expresivas gracias.

CAPITULO I

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La naturaleza tuberculosa de la afección que estudiamos, es conocida desde 1883, año en que Babes descubre el bacilo de Koch en las lesiones anexiales. Más tarde numerosos experimentadores y ginecólogos se han ocupado en esta investigación, y muchas veces con resultados positivos, así : Werth, Orthmann, Pozzi lo han encontrado ; Menge sobre 122 trompas extirpadas ha encontrado nueve veces el bacilo de Koch. Con estas observaciones ha quedado definitivamente demostrada la naturaleza tuberculosa de esta forma de infección anexial.

En la tuberculosis anexial la condición primordial para el desarrollo de la enfermedad, es, en-

tonces, la penetración en el organismo y su transporte hasta los anexos del virus tuberculoso ; en otros términos, se necesita el contagio, que constituye la causa determinante de la enfermedad. Pero, otras causas, no menos importantes intervienen en su etiología, y son aquellas que concurren, aumentando la recepción del organismo para la infección, creando para el bacilo de Koch un medio conveniente á su desarrollo. Estas son las causas etiológicas predisponentes.

Me ocuparé en este capítulo de las causas etiológicas predisponentes, las condiciones del terreno, y de la causa determinante : el contagio.

La tuberculosis anexial es más frecuente en la edad de la vida sexual, de la pubertad hasta la menopausia, pero no son pocos los casos observados de tuberculosis anexial en la infancia. Contensoux cita un caso en una niña de un año ; Damaschino á los 4 años y Tordens á los tres. Por otra parte, existen también en la vejez, á los 78 años (Gombault), á los 84 años (Cornil).

Esta mayor frecuencia en la pubertad se explica por el gran cambio que se produce en el organismo y que puede determinar trastornos profundos persistentes, y ser así, una causa propicia para el desarrollo de las infecciones. Por esta razón la edad de la pubertad ha sido siempre considerada como un período peligroso para la mu-

jer. Quetelet y Smits, han establecido que durante la infancia la mortalidad es igual en los dos sexos, ó superior en los varones, y es al contrario superior en la mujer en la proporción de 128/100 entre los 14 y 18 años.

Durante la época menstrual hay un estado fisiológico particular que se caracteriza por la modificación profunda llevada sobre todos los órganos. La congestión intensa que se produce en todos los órganos pelvianos y especialmente en el aparato genital ; el descenso de la tensión sanguínea durante la menstruación y la velocidad disminuida de la circulación en los capilares dilatados, tal vez, sean causas para que los bacilos de Koch circulantes sean detenidos al nivel de los órganos genitales.

Ocurre como en la osteomielitis de los adolescentes, la enfermedad radica primitivamente en el bulbo del hueso donde la vascularización es más desarrollada, la congestión más intensa y porque es allí más activo el proceso de osificación.

El coito, la masturbación, el aborto, el embarazo son otras tantas causas que actúan preparando el terreno á la tuberculosis genital ; y esto por las inflamaciones que producen, el traumatismo y la excitación nerviosa que disminuyen la resistencia de los órganos genitales. Está de-

mostrada experimentalmente la acción de la excitación nerviosa, por Daremberg, como causa favoreciente de la infección tuberculosa.

La tuberculosis es siempre agravada por el embarazo, y la infección secundaria de los anexos ha sido observada en estos casos. Pero á parte de la evolución que el embarazo imprime á la tuberculosis, cabe aquí otra consideración tal vez más importante y es sobre la influencia que ejerce la tuberculosis materna sobre la descendencia. El niño nacido de madre tuberculosa es débil, mal desarrollado, en estado de inferioridad orgánica manifiesta, expuesto á contraer todas las infecciones y especialmente la tuberculosis. A parte de esta herencia del terreno la infección tuberculosa congénita es posible y debe admitirse. El bacilo de la tuberculosis ha sido encontrado en el espermatozoide y en la placenta. Los niños atacados de tuberculosis congénita de los órganos genitales sobreviven poco, sin embargo, dice Amann, es posible, que las manifestaciones sean precedidas de un largo período de latencia.

Estas consideraciones tienen, como se comprende, gran importancia para la profilaxia de la tuberculosis genital.

Las infecciones generales y las autointoxicaciones ; las infecciones locales de la mucosa genital, son también causas predisponentes. Las me-

tritis, las salpingo-ovaritis, las pelvi-peritonitis ordinarias pueden hacerse secundariamente tuberculosas.

Las mujeres que presentan una malformación de su aparato genital, están expuestas á contraer la enfermedad. Buscando los antecedentes hereditarios de estas enfermas se encuentra, á menudo, la tuberculosis, el alcoholismo, la sífilis; enfermedades, que, como sabemos, influyen tan malamente la descendencia. En efecto las mujeres atacadas de malformaciones del aparato genital, son generalmente débiles, de pequeña talla y no solamente el aparato genital es mal conformado, sino también todo el organismo presenta un estado de inferioridad manifiesta.

De esta manera, la presencia de anomalías congénitas indica un terreno particularmente predispuesto al desarrollo de las principales enfermedades de decadencia orgánica, y, en primer lugar, la tuberculosis. He dicho que estos enfermos son generalmente mal conformados, de torax estrecho, de pequeña capacidad respiratoria, lo que les da una tendencia marcada á adquirir la tuberculosis pulmonar, que será el punto de partida de la tuberculosis anexial siguiendo el modo más frecuente de la infección: la vía sanguínea. A parte de estas causas favorecientes de orden general las malformaciones del aparato genital tie-

nen también una acción local perturbadora sobre la función de los órganos genitales y que traen por consecuencia la supresión de sus medios de defensa. Así la estēnosis del cuello, los vicios de posición congénita del útero, el tabicamiento de la vagina y otras malformaciones estudiadas en la tesis de Alleaumé, producen retenciones de las secreciones y de la sangre menstrual, dando origen á hematocolpos, hematometría y hematosalpinx que pueden llegar fácilmente á la supuración. Conocemos el rol que tienen las cavidades cerradas para exaltar la virulencia de los microbios. Además á causa de la retención de las secreciones normales de la mucosa genital, estas ya no pueden ejercer su acción defensiva arrastrando al exterior todas las impurezas que se depositan sobre el canal genital. Es esta una causa importante para el desarrollo de la infección ascendente de la que me ocuparé luego.

Los tumores constituyen otra causa que favorece la localización del bacilo de Koch en los anexos. Estos pueden ejercer su influencia de dos maneras ; sea mecánicamente creando también una retención, ó sea formando en los órganos genitales un sitio de menor resistencia.

El bacilo de la tuberculosis penetra en el organismo por la mucosa respiratoria, por la mucosa intestinal, por la mucosa genital y por la

piel ; es lo que Amann resume diciendo : que hay «tuberculosis de inhalación, tuberculosis de alimentación, tuberculosis de copulación y tuberculosis de inoculación».

Las vías que sigue el bacilo de Koch para llegar á los anexos son : la vía arterial, la vía linfática y la vía mucosa ascendente ó directa. Las dos primeras, con mucho las más frecuentes, realizan la tuberculosis anexial secundaria ; la tercera explica la existencia de la tuberculosis genital primitiva.

Vía arterial.—Es la más frecuente y la que está mejor demostrada por hechos clínicos y experimentales y por la anatomía patológica que enseña las alteraciones de las paredes vasculares.

Los bacilos de Koch habiendo penetrado por una solución de continuidad de la mucosa respiratoria, en la mayoría de los casos, invaden los ganglios traqueo-brónquicos ó cervicales. En estos casos los tubérculos sufren la degeneración caseosa y se vacían en los vasos sanguíneos para repartirse en los diversos órganos y provocar focos secundarios.

No es entonces indispensable la existencia de tuberculosis pulmonar, aunque algunos autores piensan que primero se hace la infección al nivel de la puerta de entrada y secundariamente

son tomados los ganglios ó estos pueden quedar indemnes.

La infección por vía sanguínea es seguramente la más frecuente ; ella explica la mayor parte de las tuberculosis locales y por tanto la tuberculosis anexial que es una de sus formas más interesantes. Además la vía sanguínea está demostrada por hechos clínicos y experimentales. La tuberculosis del ovario, por ejemplo, puede ser transmitida por la trompa, pero hay casos en que se ha visto la tuberculosis del ovario iniciar el proceso ; en estos casos fuera de la infección linfática excepcional, es difícil admitir otra vía que la vía sanguínea. Por otra parte ella ha sido demostrada por las experiencias de Schottlander que ha producido por inoculaciones, tuberculosis ováricas experimentales.

Las alteraciones vasculares en la mucosa de la trompa y las que presentan las últimas ramas de la ovárica que terminan en la vesícula de Graaf, por donde comienza la infiltración tuberculosa, prueban también el origen vascular de la tuberculosis anexial.

La transmisibilidad de la tuberculosis por metastasis sanguínea tiene en su favor otros dos hechos, á saber : la frecuencia de la localización tuberculosa en la placenta y la transmisibilidad del bacilo de la madre al niño.

Vía linfática.—La tuberculosis intestinal de origen alimenticio se encuentra en 3,8 por ciento de los casos de inoculación tuberculosa según Lubarche. Ella infiltra los ganglios mesentéricos y es una causa de propagación de la infección por vía linfática á los anexos.

Clado, ha descrito además linfáticos que relacionan el apéndice al ovario, y la existencia de casos de tuberculosis primitiva del ovario, ante de toda infección de la trompa, encontraría su explicación en esta disposición anatómica.

La puerta de entrada de la infección linfática puede ser la mucosa vaginal ó uterina, á favor de una erosión ó heridas que son tan frecuentes. La disposición anatómica de los linfáticos de estas dos porciones del aparato genital se presta, á ser posible esta forma de infección. Los linfáticos de la vagina forman dos ricas redes que tienen su origen en la mucosa y en la musculosa y que comunican entre sí. Los vasos colectores se vierten en los ganglios de la ingle y otros se anastomosan á los linfáticos del cuello del útero para luego desembocar en los ganglios ilíacos. Los linfáticos provenientes del útero forman dos grupos unidos por amplias anastómosis : el grupo del cuello y el del cuerpo. El primero desemboca en los ganglios ilíacos ; el segundo sigue el borde superior del ligamento ancho y recogiendo los

linfáticos de las trompas se vierte en los ganglios lumbares. Los vasos linfáticos de las trompas nacen de las paredes del conducto y se echan en los ganglios lumbares.

Con estas nociones anatómicas se comprende fácilmente que los bacilos penetrados en esta amplia red pueden ser vehiculizados hasta las trompas por la linfa. Dobroblonski ha demostrado experimentalmente, inoculando cultivos de bacilos de Koch en la vagina de la cobaya y desarrollando una salpingitis tuberculosa. Hegar, Franqué, Gorowitz, han citado casos en que el bacilo penetraba por una herida vulvo-vaginal accidental.

Los hechos clínicos publicados hasta el presente son poco numerosos, comparando á la frecuencia de la tuberculosis anexial, lo que nos prueba que si esta vía linfática primitiva existe, es, sin embargo excepcional.

La coexistencia de la apendicitis y de la anexitis derecha ha dado lugar á numerosas publicaciones para explicar la patogenía de estas infecciones. Clado en 1892, después de él Besson, Dormoy, Delbet y Tuffier, se han ocupado de la cuestión. El hecho que parece resultar de estos importantes trabajos y de las discusiones que han tenido lugar, es el que las anexitis y apendicitis asociadas son muy frecuentes ; pero la apen-

dicitis sería secundaria á la anexitis, por propagación linfática, pero sobre todo por contacto directos, porque estos hechos son sobre todo frecuentes en los casos de apéndices pelvianos. Cornil hace notar la rareza de la tuberculosis primitiva del apéndice y por tanto la rareza todavía más grande de su propagación á los anexos.

La tuberculosis peritoneal existe en la generalidad de los casos en que hay al mismo tiempo tuberculosis anexial. Este hecho ha llevado á pensar que la tuberculosis peritoneal tiene, en muchos casos, un origen anexial y Brounardel ha dicho que «el peritoneo es el verdadero reactivo del estado patológico de los órganos genitales y que es por la extensión de la afección al peritoneo, que nuestra atención es fijada sobre estos órganos».

El peritoneo es inoculado, por los bacilos provenientes de una tuberculosis anexial, por contacto directo, puesto que, en definitiva, el peritoneo forma una de las tunicas de las trompas, ó por vías linfáticas, por las adherencias cargadas de vasos y especialmente de linfáticos neoformados.

Vía mucosa ascendente.—Los bacilos de Koch llegados sobre la mucosa vaginal pueden infectar los órganos genitales profundos de dos maneras :

sea siguiendo la mucosa para llegar á las trompas y por estas al peritoneo ; sea inoculando la vagina, al nivel de una lesión traumática cualquiera que puede ser una simple erosión, y de allí por los linfáticos invadir las trompas. Esta última manera de hacerse la infección por vía ascendente, es en realidad una modalidad de la infección linfática y de ella me ocupé en los párrafos anteriores.

La vía de la mucosa, en la infección tuberculosa, ha dado lugar á interesantes discusiones, pues hay muchos autores que la ponen en dudas, con muy serias objeciones, sobre todo, en lo que se refiere á la infección primitiva de los anexos. La vía mucosa ascendente ha sido, en efecto, acusada de ser la causante de la infección tuberculosa primitiva de los anexos.

Amann, en las sesiones del Congreso de Roma de 1902, se ha ocupado extensamente de esta cuestión, y clasifica como excepcional la vía mucosa ascendente.

Los bacilos de Koch, llegados á la vagina pueden pertenecer á la misma enferma. En este caso la tuberculosis anexial es secundaria. La masturbación, el acto de rascarse, motivado por lesiones excematosas de la vulva pueden ser causa en una mujer portadora de una tuberculosis pulmonar, de la contaminación de la vagina por

los bacilos de Koch vehiculizados por las manos. La enteritis tuberculosa, por la proximidad del recto y de la vagina, y las fístulas recto vaginales son también causas que pueden dar origen á la infección de la vagina.

Se trata, en todos estos casos de una autoinfección ; los bacilos provienen de otro foco tuberculoso presente en la misma enferma. Pero una mujer indemne hasta entonces de tuberculosis, puede ser infectada por bacilos provenientes del exterior ; por ejemplo : por los instrumentos ó las manos, cuando en el parto ó en un examen ginecológico no se ha tomado las precauciones necesarias de antisepsia. Entre estas causas de hetero-infección, la que ha llamado más la atención de los observadores, ha sido el rol que el coito puede tener en el desarrollo de la salpingitis tuberculosa. Se comprende la importancia que tiene este conocimiento para la profilaxia de la tuberculosis genital.

El esperma puede vehiculizar bacilos de Koch, cuando el hombre es portador de una tuberculosis genital. Pero aun en el caso de que esta forma de tuberculosis genital sea ausente, el bacilo ha sido encontrado en el esperma. Sirena y Pernice, Salles, Malfucci, Jaeck y Gaertner, han encontrado bacilos de Koch en el esperma de individuos tuberculosos que no tenían tuberculo-

sis genital. Landouzi y Martin han inoculado en el peritoneo del cobayo, esperma de tuberculosos, que no presentaban signos de tuberculosis genital, con resultados positivos. Gaertner hace notar que los b́acilos se encuentran en ńumero reducido y que es muy dif́icil de descubrirlos.

Amann dice : «que las relaciones sexuales con un tuberculoso son peligrosas á causa del riesgo de contraer infecci3n por otras v́ias, sobre todo por la respiratoria, ḿas que por las relaciones sexuales mismas.»

El medio vaginal no se presta al desarrollo del bacilo de Koch, tal vez debido á la presencia del ácido láctico ó á la barrera que le opone su epitelio. Por otra parte los gérmenes no pueden progresar en contra de la corriente de las secreciones, que se hace de arriba á abajo, porque carecen de movimientos propios y porque no son vehiculizados por los espermatozoides ; en cambio estos últimos llegan hasta las trompas porque poseen movimientos activos propios.

Por otra parte, es lógico pensar que si fuera frecuente la infecci3n por la mucosa, los 3rganos genitales externos, que tienen una participaci3n ḿas activa en el acto del coito, serían los ḿas atacados. No ocurre, sin embargo, así, y sabemos que la tuberculosis primitiva de la vulva es una afecci3n rara, lo mismo que la del cuello del

útero ; en cambio la tuberculosis del segmento más interno, del aparato genital, trompas y ovarios son mucho más frecuentes. Merletti sobre 172 casos de tuberculosis genital, encuentra 157 salpingitis tuberculosas.

De todas estas consideraciones, resulta que la vía mucosa ascendente es la menos frecuente de todas y que la tuberculosis primitiva de los anexos, que encuentra en ella su explicación, tiene que ser necesariamente menos frecuente. Así resulta de las numerosas estadísticas que han sido publicadas y estas estadísticas tan semejantes nos indican también, que en la apreciación de la frecuencia de la tuberculosis primitiva de los anexos el desacuerdo es muy grande. Veit discute la estadística de Margarucci que dice que el 12 por ciento de las salpingitis tuberculosas son primitivas ; para Ferich la proporción de tuberculosis genital primitiva es de 6 por ciento ; para Schram, 2 por ciento ; Maxler en 19,5 por ciento ; Spath, 24,5 por ciento.

La razón de esta divergencia de opiniones está precisamente en la dificultad de conocer la tuberculosis primitiva. Esta debe ser diagnosticada en la autopsia y aun así las más minuciosas pueden dejar pasar desapercibido algún pequeño foco radicado en un órgano ó en un ganglio y que no tenía expresión clínica. Por otra parte,

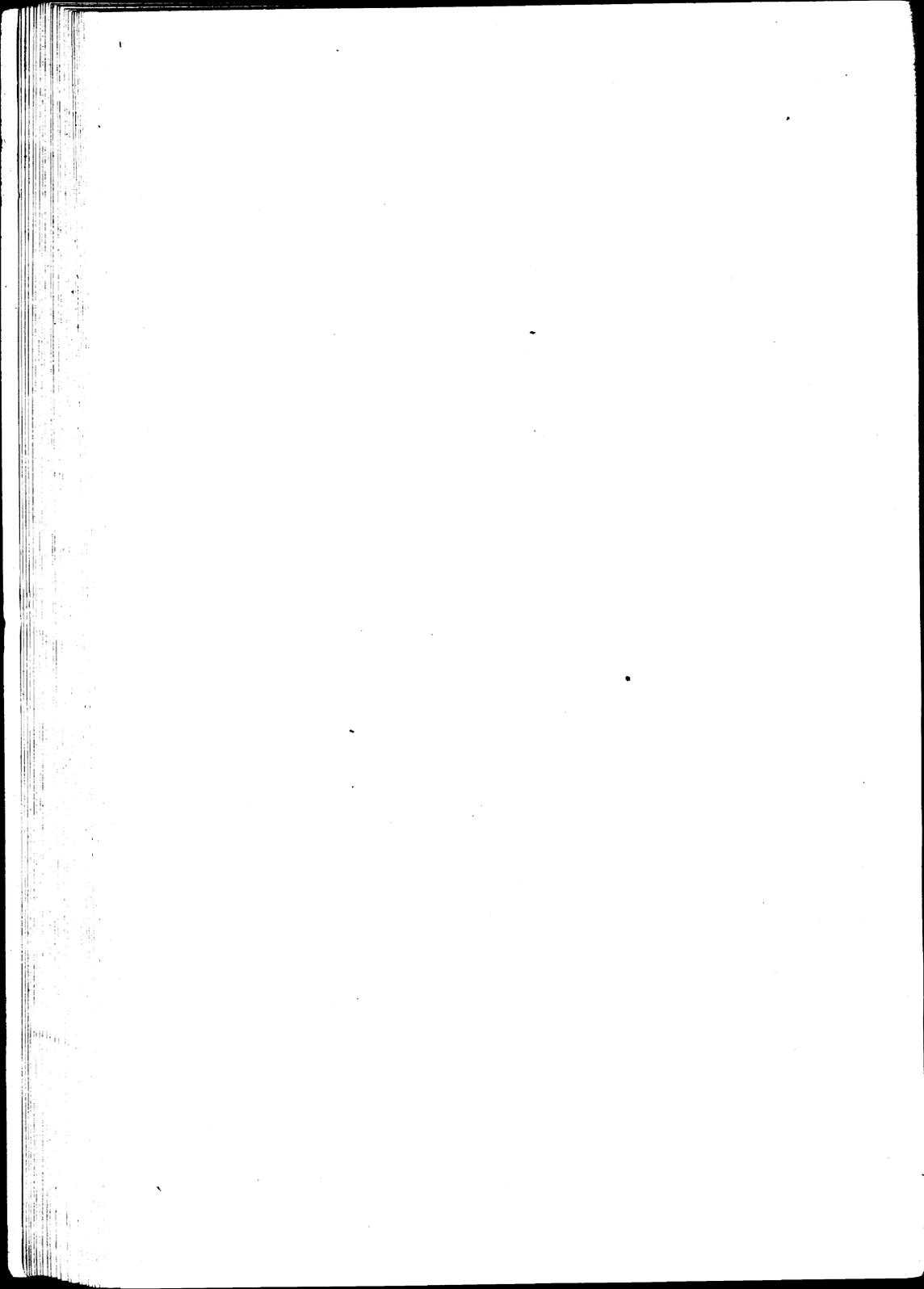
no puede diagnosticarse la tuberculosis primitiva por la extensión mayor de la lesión de los anexos con relación á otro foco presente en otra víscera, porque la lesión tuberculosa primitiva puede quedar estacionaria y aun curar, mientras que la metastasis en los anexos puede tener una evolución más activa y producir alteraciones anatómicas mucho más extensas.

La salpingitis tuberculosa es la forma más frecuente de la tuberculosis genital. Según las estadísticas más recientes de Simons, Merletti y Target, la tuberculosis de las trompas representan el 89 por ciento de la tuberculosis genital de la mujer. Stolper ha encontrado 20,5 por ciento de trompas tuberculosas en mujeres autopsiadas por tuberculosis ; Simons 1,2 % en las autopsias en general. Bondy ha señalado la tuberculosis como, responsable de 33 por ciento de las salpingitis.

Esta frecuencia mayor de la tuberculosis tubaria se explica por la disposición horizontal de la trompa, sus sinuosidades y los repliegues de la mucosa que hace fácil la estancación de las secreciones. También el éxtasis vascular es frecuente en la trompa en razón de su alejamiento del corazón y de su riqueza en vasos venosos.

La tuberculosis del ovario es menos frecuente. Merletti sobre 172 tuberculosis genitales encuentra sólo 27 ovarios tuberculosos. Casi siempre se

trata de salpingo-ovaritis tuberculosa y los casos en que existe la tuberculosis ovárica como única localización del bacilo es excepcional. Están los casos de Klebs, Oppenheim y Spath.



CAPITULO II

ANATOMIA PATOLÓGICA

Las alteraciones anatómicas de las salpingo-ovaritis tuberculosas son variables y difieren por el grado del proceso tuberculoso y su evolución, así como por su propagación los órganos vecinos y especialmente al peritoneo.

Unas veces la trompa tuberculosa tiene un aspecto normal aparte de una erupción directa de granulaciones tuberculosas, sobre el peritoneo ; otras veces las tres tunicas están infiltradas de folículos tuberculosos y el tejido conjuntivo ha proliferado al rededor de los tubérculos ahogando la proliferación bacilar y produciendo el engrosamiento del órgano ; en fin, en otros casos más avanzados de la evolución de las lesiones, la

cavidad de la trompa es asiento de colecciones enquistadas de tamaños variables.

Podemos clasificar la salpingitis tuberculosa en dos formas : 1.º forma parenquimatosa ó crónica ; y, 2.º, forma quística.

Estas formas son de evolución crónica y son las que se encuentran en la mayoría de los casos ; al lado de ellas se ha descrito una forma aguda catarral ó purulenta que constituye una forma excepcional.

Otras clasificaciones han sido dadas de las lesiones de las trompas. Merletti distingue tres formas : 1.º Perisalpingitis tuberculosa ; 2.º, Salpingitis miliar parenquimatosa con tubérculos en la mucosa y musculosa ; y, 3.º, endosalpingitis tuberculosa. En esta última forma sólo la mucosa estaría atacada.

• Willians, distingue tres formas, á saber : 1.º la forma miliar, en que las lesiones quedan reducidas á la mucosa ; 2.º, La forma crónica fibrosa se caracteriza por la proliferación conjunta al rededor de los tubérculos ; y, 3.º, La forma crónica difusa, representada por la repartición y la extensión de las lesiones tuberculosas á todas las tunicas de la trompa. Esta última forma corresponde á la forma parenquimatosa ó crónica de la primera clasificación.

La localización del folículo tuberculoso en una

sola túnica con prescindencia de las demás es un hecho que se observa rara vez y lo más común es que las alteraciones se encuentren en las tres túnicas.

La forma crónica parenquimatosa reviste dos aspectos distintos. En un caso menos frecuente, la esclerosis invade todo el órgano que se retrae en un cordón con su calibre muy estrechado ó que desaparece completamente. Los tubérculos sufren la infiltración calcárea.

Esta forma representa el modo de curación espontánea de la salpingitis tuberculosa. Al lado de esta forma atrófica, debe colocarse la forma hipertrófica, vegetante y nudosa que es la forma más frecuente. La trompa tiene en este caso un aspecto muy distinto ; está aumentada de volumen, su superficie es irregular, presentando porciones estrechadas que alternan con dilataciones y le dan un aspecto moniliforme. Las franjas del pabellón están soldadas entre sí y obliteran el óstium abdominal ; y la palpación demuestra que el aumento de volumen del órgano está en relación con un espesor mayor de sus paredes, al mismo tiempo que se perciben núcleos duros que corresponden á las porciones dilatadas y que se encuentran hasta en la porción intersticial de la trompa. La presencia de estas modalidades al nivel del cuerno uterino, constituye para Hegar

y Althertum un signo de diagnóstico de gran importancia, de la naturaleza tuberculosa de la salpingitis.

Los tubérculos se encuentran sobre la serosa y en la pared bajo forma de granulaciones grises ó de tubérculos caceosos de un blanco amarillento. Los cortes verticales son más demostrativos ; ellos enseñan las alteraciones de la mucosa y de la túnica muscular.

La luz de la trompa, difícil de encontrar en algunas partes, presenta una mucosa grisácea, espesada infiltrada de folículos tuberculosos ó presentando ulceraciones de fondo irregular y brotante. En las túnicas de la trompa, adelgazadas al nivel de los nódulos y espesadas en otras partes, se encuentran nódulos intersticiales, de volumen, consistencia y edad diferentes, formando una verdadera salpingitis fungosa. Estas paredes infiltradas de las trompas muy curas en algunos puntos, estan resblandecidas en otras partes, donsu ruptura parece inminente y cuando esta ruptura se produce, se forma una especie de caverna irregular abierta hacia la mucosa ó, más raramente, hacia el exterior en medio de adherencias peritubarias.

La salpingitis quística tuberculosa representa el absceso frío de la trompa. El pío-salpins tuberculoso tiene dimensiones variables ; á veces al-

canza un tamaño enorme. Horteloup y Routier citados por M. Chauffon en su tesis de 1905 han tomado por un quiste del ovario un enorme piosalpinx tuberculoso. En el caso de Aran y en el de Jennel llegaba hasta el obliquo.

La bolsa quística puede ser única ó dividida en bolsas secundarias por tabiques. Su contenido está formado por pus semejante al del absceso frío ; es un pus seroso mezclado de grumos. Algunas veces puede revestir la forma de un hidro-salpinx ó de hematosalpinx, pero esto es raro

La pared del piosalpinx es semejante al de una caverna ; irregular, llena de vegetaciones y de masas caceosas. El orificio abdominal está cerrado y el ostium uterino se conserva abierto, permitiendo, en algunos casos, vaciarse la bolsa en el útero.

La situación de la bolsa quística es variable, casi siempre se encuentra en el Douglas fijada allí por adherencias al útero, al recto y al ansa sigmoidea.

El piosalpinx tuberculoso adherido á los órganos puede abrirse en estos. Fernet cita un caso que se abrió en la vejiga y Vermeil, otro en el recto.

Los cortes histológicos de la salpingitis tuberculosa son interesantes de conocer, porque ellos enseñan la distribución topográfica y la evolu-

ción de las alteraciones anatómicas, así como permite reconocer su naturaleza, en los casos en que el axamen directo de la pieza no arroja luz sobre la naturaleza tuberculosa de la salpingitis, por ejemplo en la forma catarral, cuando las lesiones se encuentran en la mucosa y el error es fácil con una salpingitis ordinaria.

En el período inicial del proceso anátomo-patológico se observa la mucosa hiperemiada. Su epitelio cilíndico de cilias vibrátiles está descamado en partes y las células presentan degeneración granulosa. El corión de la mucosa esta infiltrado de células gigantes y células epitelioides formando folículos tuberculosos ; estos infiltran la túnica muscular y se extienden hasta el peritoneo.

En el piosalpinx la cavidad está revestida de una capa continua y gruesa de tejido embrionario ; debajo de esta capa se encuentra una zona fibrosa sembrada de folículos tuberculosos y estos se encuentran también, aunque en menor número en la túnica muscular y en el peritoneo.

Los tubérculos se encuentran al estado crudo ó en resblandecimiento y fundición caseosa.

Ovaritis tuberculosa.—La ovaritis tuberculosa es menos frecuente que la salpingitis ; el ovario puede quedar sano, envuelto en una peri-ovaritis,

ó bien presentar lesiones banales que nada tienen que ver con la tuberculosis. En estos casos cabe preguntar si el ovario de apariencia sana no lleva una lesión intersticial que sólo el microscopio la descubriría.

La tuberculosis del ovario reviste dos formas : la forma nodular hipertrófica y el absceso frío del ovario.

En la primera forma el ovario está aumentado de volumen llegando hasta el tamaño de una mandarina, de superficie irregular, abollonada y encausulado por un proceso de peri-ovaritis. Su color es variable, siendo grisáceo con puntos amarillentos unas veces ; y presentando otras, placas equimóticas por ruptura de capilares.

Al corte el ovario es duro, escleroso, presentando tubérculos en la zona periférica del órgano, en diverso grado de desarrollo desde el tubérculo crudo hasta la fundición caceosa ó purulenta y la formación de pequeñas cavidades.

El absceso frío del ovario está formado por una bolsa de dimensiones variables y que puede ocupar toda la glándula y comunicar en muchos casos con un pio-salpinx. Su pared es anfractuosa, recubierta de una capa de tejido embrionario y fungosidades como en las cavernas y conteniendo una masa de substancia caceosa ó pus con caracteres del pus tuberculoso.

El comienzo de las lesiones se hace en la capa ovígena, que parece ser el asiento exclusivo de la tuberculosis, quedando intacta en un gran número de casos la zona medular. Las vesículas de Graaf han desaparecido y la zona está constituida por un estroma de fibras conjuntivas en medio del cual se encuentra un gran número de células embrionarias. En este estroma, en medio de los vasos, se ve folículos tuberculosos formados de elementos embrionarios en el centro de los cuales se encuentran células gigantes. Algunos folículos presentan un espacio claro, resultado del resblandecimiento. Un hecho importante resulta del estudio histológico de la salpingo-ovaritis tuberculosa y es el comienzo de las lesiones por la zona vascular: por la submucosa en la trompa; por la capa ovígena en el ovario, lo que atestigua el origen vascular de la salpingo-ovaritis tuberculosa.

CAPÍTULO III



SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

Los síntomas de la salpingo-ovaritis tuberculosa son numerosos, pero no son todos patognómicos de la afección, porque un gran número de ellos se encuentran en las infecciones anexiales que tienen otro agente etiológico que el bacilo de Koch. Este hecho hace su diagnóstico difícil, y son muchos los casos en que la afección es recién encontrada en el curso de una operación cuando los síntomas presentados por la enferma no daban á suponer la infección tuberculosa.

Los desórdenes de la menstruación son muy frecuentes en la tuberculosis anexial y entre estos desórdenes la amenorrea ocupa el primer lugar. Mientras que en las otras anexitis es más

común observar reglas irregulares y abundantes á veces verdaderas menorragias, y la amenorrea cuando se produce, es en las formas graves donde el ovario está completamente degenerado ; en la tuberculosis anexial, ocurre lo contrario y la amenorrea aparece desde el primer momento como el trastorno funcional más constante. Adquiere, por esta razón la importancia de síntoma precoz y debe ser tenido en cuenta para el diagnóstico de la afección. La tuberculosis, es, en efecto, la afección que produce más amenorrea. Cuando asienta en el aparato genital produce lesiones profundas en el ovario que tienen que traer necesariamente la supresión de la función menstrual. Las lesiones radican en la capa ovígena del ovario y traen la destrucción completa del folículo de Graaf que son reemplazados por tubérculos. De este modo la ovulación queda suprimida y la menstruación no se produce, porque estos dos fenómenos tienen relación íntima, vale decir, que sin ovulación no hay menstruación.

La tuberculosis pulmonar es también causa de un gran número de amenorreas, más del 50 por ciento en la estadística por trastornos menstruales, que leemos en la tesis de Goñalons. Esta amenorrea sería para algunos un modo de defensa del organismo, que suprime de esta manera las pousées congestivas que se producen en el

período menstrual ; ó bien se debe á lesiones ováricas latentes que no son raras en las mujeres tuberculosas, como se deduce de la estadística de Stolper que encuentra 20,5 por ciento de tuberculosis anexial en mujeres autopsiadas por tuberculosis pulmonar.

Los otros trastornos menstruales se observan también, y especialmente la dismenorrea dolorosa ; otras veces, pero esto es raro, pueden producirse hemorragias.

La amenorrea puede quedar definitiva, en otros casos es intermitente y alterna con períodos menstruales más ó menos normales.

Suelen observarse otros síntomas como bouffées de chaleur, cefaleas intermitentes, palpitaciones cardíacas, sueño irregular, que deben ser relacionados á la insuficiencia ovárica.

El dolor es otro síntoma constante, aun fuera de todo ataque de pelviperitonitis. Es espontáneo ó provocado ; su intensidad es variable, exacerbándose con la marcha, la fatiga ó el cóito. Unas veces unilateral, es casi siempre bilateral y se irradia á los lomos y muslos. Delagenière distingue dos clases de dolores despertados por la palpación : uno profundo, poco intenso ; y otro superficial, especie de hiperestesia en la región ovárica.

La leucorrea es un síntoma frecuente pero me-

nos que en la otras anexitis. Se observa, cuando existe al mismo tiempo endometritis, ó cuando la trompa quística se vacía en el útero, fenómeno que es frecuente observar en la salpingitis tuberculosa y que se debe á que el ostium uterino queda permeable. El examen microscópico del flujo tiene importancia porque descubre con frecuencia el bacilo de Koch.

Los trastornos gástricos é intestinales, se presentan bajo la forma de anorexias, de dolores gástricos, de dilatación de estómago y de diarreas

La temperatura es subnormal, produciéndose con frecuencia elevaciones vespertinas muy grandes que no guardan relación con el estado local.

Las poussées de pelvi-peritonitis repetidas, con mucha frecuencia, tiene para la mayoría de los autores, el valor de un signo de certeza de tuberculosis anexial. Estos ataques de pelvi-peritonitis pueden constituir el síntoma inicial de la enfermedad ; pero es más frecuente que vayan precedidas de los síntomas funcionales arriba anotados, y así constituyen episodios agudos en el curso crónico de la tuberculosis anexial.

Otras veces, la ascitis se presenta como síntoma dominante ; libre ó tabicada, puede acompañarse de desórdenes menstruales ; esta ascitis revela la participación que tiene el peritoneo y da lugar á uno de los aspectos clínicos de la

afección, conocido antiguamente con el nombre de ascitis esencial de las niñas y que Bouilly demostró su origen anexial.

Las formas agudas de la tuberculosis anexial son raras pero existen. Consecutivas á una lesión crónica, se presentan como poussées agudas en el curso de afecciones crónicas y constituyen de este modo simples aspectos de una septicemia tuberculosa más ó menos extensa. Estas formas agudas se presentan con los síntomas habituales en las grandes infecciones agudas : fiebre, reacción peritoneal, infección grave del organismo. Los síntomas generales pasan á primer orden ; los síntomas locales pueden ser mínimos y la afección toma el aspecto de una fiebre tifoidea, de una meningitis ú otra infección aguda.

El error es así posible, y H. Dervaux refiere un caso de tuberculosis anexial aguda, que fué diagnosticada fiebre tifoidea. En la autopsia se encontró una tuberculosis tubaria generalizada al peritoneo.

Las formas crónicas constituyen la generalidad de la tuberculosis anexial. Ellas se superponen á las formas anátomo-patológicas, pero hay que tener presente que estas formas pueden combinarse entre sí de muchos modos y que en realidad el cuadro es mucho más complejo.

Haciendo esta salvedad, distinguimos : una for-

ma crónica latente ; una forma nodular hipertrófica fibro-adhesiva ; y una anexitis cáceo-purulenta con pelvi-peritonitis, algunas veces úlcero-caceosa. Estas dos últimas son las más frecuentes.

Las anexitis tuberculosas crónicas latentes, quedan silenciosas mucho tiempo hasta que el peritoneo es invadido y reacciona á su vez ; y entonces recién, la atención es dirigida del lado del aparato genital al buscar la etiología de esta peritonitis de apariencia esencial. Mientras esta peritonitis secundaria no se produce, la afección anexial queda ignorada ; los síntomas en la esfera genital, siempre desórdenes menstruales ; son pasajeros y pasan desapercibidos ó no se les da importancia. Estos son los casos en que la salpingo ovaritis tuberculosa, es recién reconocida en el curso de una intervención quirúrgica. Durante mi permanencia como practicante, en el servicio de ginecología del Dr. Ricardo S. Gómez, en el Hospital Alvear, he tenido ocasión de seguir un caso interesante de estas salpingo-ovaritis tuberculosas latentes. Se trata de una mujer joven, recién casada, sin antecedentes hereditarios y personales importantes. Se quejaba sólo de que sus reglas eran dolorosas, de que el coito era causa de dolores y de sufrir crisis nerviosas frecuentes. El examen ginecológico enseña un útero

pequeño, en retroflexión móvil. Los fondos de sacos vaginales no son dolorosos y están libres. El ovario derecho se palpa un poco grande. Se la opera á fin de practicar una neo-inserción de los ligamentos redondos. Se encuentra el útero en retroflexión, su fondo cubierto de granulaciones grises, y las trompas presentan las mismas granulaciones bajo el peritoneo ; las franjas del pabellón adheridas entre sí, pero no hay peritonitis adhesiva. Se practica una histerectomía subtotal con salpinguectomía doble y la enferma cura, habiendo desaparecido los dolores y mejorado el estado nervioso.

El examen histológico de cortes de las trompas confirma la naturaleza tuberculosa de las granulaciones.

En otros casos más caracterizados, la sintomatología es más evidente, hay leucorrea, **aménorrea** ó reglas escasas y dolorosas. El peritoneo ha reaccionado creando una perimetro-anexitis que es causa de dolores y sobrevienen de tiempo en tiempo *poussées* de pelviperitonitis ligeras.

Entre estas formas incidiosas de tuberculosis anexial, hay una que aparece frecuentemente en la edad de la pubertad, y cuyo carácter principal es la producción de una ascitis que se forma lentamente y adquiere en algunos casos proporciones considerables.

Esta forma ascítica de tuberculosis anexial, ha sido aceptada por la mayoría de los ginecólogos después de las discusiones del Congreso de Roma de 1902. Los síntomas funcionales pueden faltar completamente ; otras veces existen trastornos menstruales que aparecen desde las primeras reglas consistentes en dismenorreas ó en amenorreas y esta reducida sintomatología puede en cambio, presentarse con lesiones anexiales tuberculosas bastante avanzadas.

La ascitis llega á veces á un gran volumen y cuando es libre, da la sensación de onda bien manifiesta y el abdomen de batracio de los grandes derrames del peritoneo.

El caso clínico siguiente que sacamos de la tesis de Gorowitz, página 87, enseña mejor que cualquier descripción, los caracteres clínicos de esta interesante forma de tuberculosis anexial crónica : «Bich... 20 años, antecedentes tuberculosos. Una hermana operada por M. Routier por peritonitis tuberculosa. Regla á los 14 años, reglas abundantes, duran ocho días, sin dolores. A los 15 años llega á París, desde entonces no regla ; al mismo tiempo abovedamiento del vientre con algunos dolores lumbares. Se casa á los 19 años, no tiene hijos, ni abortos. hace cinco meses, sin causa apreciable, sin fiebre, sin dolores, la enferma ha visto su vientre aumentar

rápidamente. Entra al hospital á causa del volumen excesivo de su vientre que la incomoda pero no la hace sufrir. Temperatura á la tarde, 39 grados.

Estado local.—Vientre grueso de batracio, piel normal, sin circulación suplementaria. Derrame libre „fluctuación manifiesta. El tacto vaginal no hace sentir nada de anormal.

Estado general.—La enferma tiene una salud en apariencia excelente, ella come bien. A la noche tiene sudores. La auscultación de los pulmones revela una respiración un poco ruda en los dos vértices, nada de lesiones pronunciadas.

Diagnóstico.—Ascitis tuberculosa.

Operación.—Laparotomía ; á la apertura del peritoneo salen 10 litros de líquido citrino. El peritoneo no presenta ninguna granulación tuberculosa, es absolutamente sano. Los ovarios tuberculosos de los dos lados son sacados. Existen algunas pequeñas granulaciones sobre el fondo del útero.»

Es necesario no exagerar el valor diagnóstico que puede tener esta ascitis ; porque hay tuberculosis peritoneales sin lesiones anexiales y estas son las más frecuentes, pero cuando ella aparece en una mujer joven con trastornos menstruales

no hay que olvidar, que los anexos tuberculosos pueden ser su origen. Según Osler el 40 por ciento de las tuberculosis peritoneales son de origen anexial. Otras veces la ascitis es enquistada y en este caso puede dar lugar á errores de diagnóstico, como ha ocurrido más de una vez, confundiéndolo con un quiste del ovario, del paraovario y del mesenterio.

Más frecuentes son aquellas formas anatómo-clínicas de la tuberculosis anexial en que los síntomas son desde el comienzo anexiales y más ó menos pelvianos y que quedan predominantes durante toda la evolución de la enfermedad. Me refiero á la anexitis nodular hipertrófica y á la forma caceo-purulenta representada por el absceso frío de la trompa y ovario.

En la primera de estas formas el cuadro clínico es el de las anexitis crónicas; su diagnóstico etiológico es muy difícil, puede ser un diagnóstico de probabilidad ó bien un diagnóstico operatorio. Se encuentra entonces el comienzo ordinario de las anexitis: dolores, desórdenes menstruales, flujo y trastornos gástricos. Pero hay aquí, un hecho sobre el cual han llamado la atención numerosos autores como Terrillón y Aran, y es la frecuencia con que se producen las poussées de pelvi-peritonitis. La enferma es tomada bruscamente de escalofríos, de náuseas, de vó-

mitos primero alimenticios, rápidamente biliosos. Luego sobreviene un dolor vivo, brusco, atroz, que parece primitivamente extenderse á todo el abdomen y luego se localiza en la pelvis. Este dolor que se exaspera por el menor esfuerzo, por el menor movimiento, el más ligero contacto, lleva al enfermo al reposo más absoluto, en decúbito dorsal, los miembros flexionados evitando todo movimiento. La respiración es rápida. El pulso es pequeño, frecuente, irregular. La temperatura se eleva á 39 grados, la constipación se establece y el vientre se meteoriza.

La facie es pálida, los ojos hundidos, la nariz perfilada: es la facie peritoneal. La palpación del abdomen durante este período, pone de manifiesto la defensa muscular que es muy grande, enseña el vientre tenso, la piel caliente y permite también apreciar la mayor intensidad del dolor del lado de la pelvis.

Esta sintomatología tan ruidosa, decrece de intensidad y con un tratamiento médico apropiado desaparece en algunos días, siendo seguida de un período más ó menos largo de calma, para producirse otra nueva pousée de pelvi-peritonitis.

Estos ataques repetidos y frecuentes de pelvi-peritonitis, no son, sin embargo, aunque se haya querido, especiales de la tuberculosis ane-

xial. Ellos se encuentran en las salpingitis gonococcicas y no es nada raro que enfermas en un ataque de pelvi-peritonitis tuberculosa, nos digan que ya es el segundo ó tercer ataque que sufren. Pero para los autores que como Terillon y Aran, dan una gran importancia á esta reacción peritoneal la pelvi-peritonitis tuberculosa tiene, á parte de ser más frecuente, este otro carácter: el de ir á menudo, alternada con pousées congestivas pulmonares.

El tacto vaginal demuestra los anexos engrosados, dolorosos, caídos en el Douglas y más ó menos adherentes. Otras veces el Douglas está ocupado por una tumefacción de límites difusos, dura, á veces pastosa, que se extiende á los sacos vaginales laterales, siendo á menudo difícil percibir, en medio de esta masa indurada las trompas y los ovarios.

Pero estos signos físicos sólo nos indican, que se trata de una anexitis complicada de un proceso de pelvi-peritonitis más ó menos extenso; pero no enseñan de ningún modo su naturaleza tuberculosa. Sin embargo en los casos favorables al diagnóstico, es posible hallar un signo de importancia y que el tacto revela; es el signo de Hegar, que consiste en la presencia en las trompas, de nudosidades, que asientan especial-

mente en la región ístmica y que Hegar llama *nódulos ístmicos*.

La salpingitis tuberculosa es frecuentemente nodular. Los nódulos de las trompas son muy frecuentes pero no peculiares de la tuberculosis ; se encuentran también en las otras infecciones tubarias. Es entonces necesario, no deducir de su presencia, un argumento absoluto y seguro de tuberculosis anexial. Se han descrito adeno-miomas inflamatorios y salpingitis nodulares ístmicas no tuberculosas en todo comparables á la salpingiti nodular tuberculosa.

La forma nodular de la anexitis tuberculosa, que acabamos de describir, evoluciona hacia la formación del absceso frío de la trompa y del ovario que constituye el estado final de la evolución anatómica de las lesiones y clínicamente la forma más grave de tuberculosis anexial. Cuando el piosalpinx, ó el absceso frío del ovario se encuentran más ó menos libres, rodeados de pocas adherencias, se siente con el tacto vaginal, un tumor de tamaño variable, á veces enorme ; la tuberculosis da los piosalpinx más voluminosos ; de consistencia también variable, unas veces dura, simulando un tumor sólido, otras veces renitente y hasta fluctuante cuando tiene poca tensión ; que ocupa un fondo de saco lateral, desplazando el útero hacia el lado opuesto. El

absceso frío del ovario puede comunicar con el piosalpinx y entonces es difícil conocer, por el tacto, la parte que corresponde á uno ú otro órgano.

Cuando el tumor cae al Douglas, forma un tumor que ocupa el fondo de saco vaginal posterior y adherido al útero el que es rechazado hacia adelante.

El Profesor Dr. Enrique Bazterrica ha observado que cuando se hacen exámenes con varios días de intervalo se observa en el piosalpinx diferencias apreciables en su tamaño. Estas variaciones de volumen las explica por obliteraciones temporarias del orificio de la trompa ó por congestiones pasajeras.

El signo Bazterrica es definido en la siguiente forma : «Los aumentos y disminuciones periódicas que sufren los tumores anexiales de origen tuberculoso ; aumentos y disminuciones, que responden posiblemente á obliteraciones temporarias ó á poussées congestivas pasajeras».

El signo Bazterrica ha sido últimamente tratado en un importante trabajo presentado por el Profesor Dr. Ricardo S. Gómez, al V Congreso Latino Americano reunido en Lima, y en él reconoce la importancia que tiene el signo de Bazterrica como signo de certeza para el diagnóstico del piosalpinx tuberculoso.

Las poussées de pelvi-peritonitis extienden las lesiones al peritoneo pelviano y cuyas lesiones evolucionan á la caseificación y fusión, dando lugar á abscesos secundarios y, en este estado, podemos decir que ya no tenemos tuberculosis anexial sino una verdadera tuberculosis pelviana. En estos casos el estado general del organismo se resiente gravemente ; la fiebra hética se enciende, los sudores nocturnos son profusos y debilitan más aun á la enferma, el apetito desaparece y la caquexia se instala. El tumor anexial puede abrirse en el peritoneo ó en un órgano vecino al cual se ha adherido. Esta complicación expone á las infecciones secundarias piógenas que aceleran aun más la evolución de la enfermedad.

Hemos pasado en revista la sintomatología general y las formas anátomo-clínicas de la tuberculosis anexial ; y en este estudio hemos visto la importancia que debe darse á cada uno de los síntomas, cuando se trata de hacer el diagnóstico etiológico de la infección anexial. Este diagnóstico es importante, porque de él depende el pronóstico y también los resultados del tratamiento estos resultados serán tanto más mejores, cuanto más precoz sea el diagnóstico y en consecuencia el tratamiento quirúrgico será practicado más pronto.

Pero este diagnóstico no siempre es fácil y muchas veces sólo podrá hacerse un diagnóstico de probabilidad, cuando se trata de aquellas formas crónicas latentes que tienen una sintomatología anxial muy pobre; y aun en las formas con síntomas genitales predominantes, las dificultades que se presentan para el diagnóstico no son menos importantes.

Hemos visto, en efecto, al tratar de las formas clínicas que los síntomas que revelan la tuberculosis anxial, á excepción del signo Bazterrica, al cual damos una merecida importancia, no tienen, ninguno de ellos un valor absoluto. Esta falta de signos patognomónicos justifica los errores de diagnóstico y que esta afección sea muchas veces un hallazgo operatorio.

El laboratorio en este caso, presta una vez más sus importantes servicios al ginecólogo y es él que da el fallo definitivo, descubriendo la presencia del bacilo de Koch en el flujo y especialmente cuando existe al mismo tiempo una endometritis tuberculosa. Las inoculaciones al cobayo, será siempre el medio preferido porque el examen del flujo en frotos colorados no da siempre resultados positivos. El examen microscópico de las alteraciones de la mucosa uterina, obtenida por un raspado es otro medio útil de diagnóstico. Los antecedentes personales y hereditarios se

tendrán muy en cuenta cuando se quiere conocer la naturaleza de la infección anexial. Estos antecedentes serán muchas veces los únicos que permitirán sospechar la afección. Así la herencia, cohabitación con un tuberculoso, las tuberculosis locales anteriores, y la existencia actual de otras tuberculosis locales, tendrán importancia cuando la etiología de la anexitis sea dudosa.

Se buscarán las infecciones comunes del aparato genital y así cuando no se encuentren, ni la gonococcia, ni la esfección puerperal, que representan los dos tercios de la etiología de las anexitis, es razonable pensar en la tuberculosis pues sabemos que entre las infecciones más raras de los anexos, la tuberculosis ocupa el primer rango. Otro argumento en favor de la tuberculosis anexial, es el caso de que la afección se encuentre en una mujer virgen, ó en una niña de corta edad. Pero esto tampoco debe tomarse en sentido absoluto, porque las vías genitales de la virgen y de la niña pueden ser contaminadas por la vía mucosa ascendente, por los microbios ordinarios de la supuración y aun por el gonococo. Los hechos de vulvo-vaginitis y de metritis infantiles no son casos tan raros. Las infecciones anexiales no tuberculosas, también hán sido citadas por varios autores. Así : P. Begouin, (VI Congreso nacional de Ginecología, Obstétrica y Pediatría, Tolosa

1910), refiere tres casos de piosalpinx no tuberculosos en vírgenes, donde el examen del pus y los cortes de las trompas no presentan ninguna lesión tuberculosa. Uno de estos casos era el de una joven de 15 años, virgen atacada de apendicitis. Como los síntomas se agravaban á pesar del tratamiento médico, se interviene diez días después del ataque. Se encuentra el apéndice purulento y la trompa, adherida al apéndice, aumentada de volumen, dejaba salir pus por acción de la presión.

De todo lo que antecede resulta, que el diagnóstico clínico de la tuberculosis anexial es casi imposible y que el único medio riguroso de afirmar la tuberculosis anexial es la observación del bacilo de Koch en las secreciones útero-vaginales ó por raspaje explorador del útero.

CAPÍTULO IV

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La tuberculosis anexial evoluciona, como toda tuberculosis local, sea hacia la curación espontánea, lo que constituye la excepción, ó bien hacia la caceificación y resblandecimiento de las lesiones y la invasión progresiva del proceso tuberculoso á los órganos y tejidos vecinos.

Esta forma de la evolución es la más frecuente, la tuberculosis anexial es una afección evidentemente crónica y progresiva.

La curación espontánea es posible y ha sido encontrada por varios autores, entre otros Alterthum y Veit. Este hecho no puede sorprendernos mayormente, porque sabemos que no solamente las tuberculosis locales son susceptibles de curar,

sino que es todavía así para la tuberculosis pulmonar. La curación se hace por incrustación calcárea de los tubérculos, y por la esclerosis y atrofia del órgano y que da lugar á esa forma de salpingitis atrófica, esclerosa, fibrosa, que hemos descrito al estudiar las alteraciones anatómicas. Pero este modo de curación es excepcional y no podemos contar con él en el tratamiento de la tuberculosis anexial.

El pronóstico de la tuberculosis anexial en general es grave, por la naturaleza misma de la infección, pero no es siempre fatal. Dentro de esta gravedad, el pronóstico varía en cada una de las formas clínicas de la afección. Depende ante todo de la existencia y de la extensión de las lesiones tuberculosas en otras regiones del organismo y también de la extensión y del grado de evolución de las lesiones locales. Así la tuberculosis solamente localizada, á los anexos es de un pronóstico relativamente favorable porque es posible practicar la extirpación completa del foco tuberculoso.

En las formas crónicas con ascitis, puede verse la ascitis curar espontáneamente y las lesiones anexiales causales quedar largo tiempo silenciosas y aun curar también, pero la regla es que la ascitis curada se forme un proceso de peritonitis seca y las lesiones anexiales seguir lenta-

mente su evolución para dar lugar á las formas francas de tuberculosis anexial.

El caso de las anexitis tuberculosas nodulares, de la salpingitis nodular hipertrófica, de la que nos hemos ocupado extensamente al tratar las formas anatomo-clínicas, se presta á las mismas consideraciones. Ella da lugar á frecuentes ataques de pelvi-peritonitis y cada uno de estos ataques indica un paso más en la evolución de las lesiones, es decir, nuevos focos tubáricos y ováricos, y nuevas adherencias. Así, paso á paso, el peritoneo es invadido y es entonces que puede producirse una *poussée* de peritonitis apendicular por propagación, sea por las adherencias ó por vía linfática.

El pronóstico de esta forma es más grave, el tratamiento puede dar buenos resultados, pero, con frecuencia, la operación por la extensión de la peritonítis tiene necesariamente que ser incompleta. Por otra parte la mujer queda perdida bajo el punto de vista genital, son mujeres estériles y continuamente amenazadas por la existencia de un foco de tuberculosis local.

Pero donde el pronóstico adquiere su mayor gravedad y llega á ser fatal, es en las formas caecosas donde las lesiones se han extendido á toda la pelvis y han llegado al último período de su evolución anatómica, el resblandecimiento

y la formación de abscesos. Estas grandes tuberculosis pelvianas van acompañadas de un estado deplorable de todo el organismo. A veces evolucionan rápidamente, á manera de un tumor maligno galopante, dice Faure ; la caquexia, hace progresos, las fístulas viscerales se establecen y abren nuevas vías á las infecciones secundarias y la muerte sobreviene después de un período más ó menos largo, por caquexia, por generalización, por uremia ó por otro mecanismo.

El pronóstico es entonces temible en esta forma avanzada de tuberculosis anexial. Sólo el tratamiento quirúrgico, cuando es posible, permite conservar la esperanza de una mejoría más ó menos rápida y más ó menos durable.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

El tratamiento actual de la tuberculosis ane-
xial tiene relación por una parte con el trata-
miento general de la tuberculosis y por otra parte
con el tratamiento de las anexitis. El tratamiento
es entónces médico y quirúrgico.

La profilaxia de la tuberculosis genital es la
de toda tuberculosis. se tendrá muy en cuenta el
el estado de decadencia orgánica que caracte-
riza la descendencia tuberculosa, el cual será
favorablemente modificado con la práctica de una
higiene severa y con la sobrealimentación asocia-
da al reposo, reglamentándola con criterio á fin
de evitar los trastornos gástricos.

En la juventud se observará los mismos cui-

dados higiénicos y se tratará especialmente las malformaciones genitales, si las hubiere y los estados congestivos que predisponen á la infección tuberculosa.

La profilaxia de la infección puerperal y blenorragica será impuesta rigurosamente á las mujeres predispuestas á la infección tuberculosa.

El tratamiento médico en la tuberculosis genital, encuentra su razón de ser en la probabilidad misma de la curación espontánea de esta forma de tuberculosis y aunque nosotros ignoramos la frecuencia de esta curación espontánea, nos basta saber que el organismo es capaz de vencer en la lucha contra el microbio para que nuestro deber sea sostenerlo en esta lucha por todos los medios á nuestro alcance.

El tratamiento médico es general y local. El tratamiento médico general tiene por objeto estimular la nutrición y los medios de defensa orgánica. Su aplicación debe respetar la integridad de las funciones digestivas que tiene tan gran importancia en los tuberculosos.

Este tratamiento general no difiere del de la tuberculosis pulmonar. Sus resultados terapéuticos en el tratamiento de la tuberculosis anexial, no pueden ser equiparados al tratamiento quirúrgico, pero no por eso pierde su importancia y debe ser instituido siempre porque él levanta las

fuerzas de la enferma, el estado general, y permitira así llegar al tratamiento operatorio que dará, entonces, sus mejores resultados.

Los síntomas de la insuficiencia ovárica, serán tratados favorablemente por la medicación opoterápica, siendo la ovarina la preparación más comunmente empleada. Las dosis pequeñas, empleadas como estimulante de la función glandular, son siempre suficientes para combatir con éxito los desórdenes menstruales, dada, por ejemplo, á la dosis de 0,10 cg. diarios comenzando 8 días después de las reglas y hasta dos días antes del siguiente período menstrual. Las dosis máximas de ovarina, ó bien la ocreina, que es un preparado del cuerpo amarillo, y más activa que aquélla, serán dadas en las castradas, con objeto de suplir la secreción glandular ausente por la castración.

Con la medicación opoterápica se observa rápidamente que las reglas se regularizan, que los dolores, los fenómenos vasomotores, congestivos, las bouffées de chaleur desaparecen ; y es lo mismo para las crisis de cefalalgias, de insomnio, las palpitaciones y las sacudidas nerviosas. En las castradas este resultado es generalmente transitorio, dura el tiempo que dura la medicación. cuando esta ha cesado, los trastornos reaparecen pero ceden de nuevo á otra medicación (Carnot).

El tratamiento local, servirá para combatir los ataques de pelvi-peritonitis, de cuya frecuencia en la tuberculosis anexial ya nos hemos ocupado en el capítulo precedente. En este caso se hará guardar á la enferma la inmovilidad más absoluta y se aplicará una bolsa de hielo en el vientre. Si los dolores son muy vivos se recurrirá á la inyección de morfina. Los vómitos se calmarán con la dieta, la enferma no tomará más que un poco de agua ó de limonada helada de hora en hora.

Contra el meteorismo se aconseja el drenaje de los gases por medio de una gruesa sonda rectal colocada durante 30 ó 40 minutos, varias veces en el día.

El hielo se mantendrá durante muchos días hasta que los dolores desaparezcan y la curva térmica se normaliza. En este período se harán curaciones vaginales con tapones de glicerina ictiolada ó tigenolada y lavajes vaginales calientes.

Aparte de estos períodos agudos, caracterizados por los ataques pelvi-peritonitis, el tratamiento local es el único recurso que nos queda en aquellas formas en que, por la extensión de las lesiones y la gravedad del estado general, el tratamiento quirúrgico no podrá ser puesto en práctica.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis

anexial fué practicado por primera vez por Hegar en 1886, y desde entonces esta afección ha entrado en el dominio de la cirugía. Hegar y Wiedow fueron también los primeros que dieron á conocer los casos de curación definitiva obtenidos con el tratamiento operatorio.

Las indicaciones del tratamiento y la técnica han quedado definitivamente establecidas con el trabajo de Faure, en el Congreso de Roma de 1902. Las indicaciones de este tratamiento derivan de estos dos principios hoy día generalmente aceptados en cirugía : 1.º, toda tuberculosis local reconocida debe ser suprimida ; y, 2.º, toda anexitis crónica debe ser extirpada, porque en las condiciones actuales de la cirugía es menos peligroso y es más ventajoso extirpar un anexo enfermo que abandonarlo á su evolución natural. Entonces reuniendo las dos indicaciones precedentes, pensamos, que todo foco de tuberculosis anexial debe ser extirpado porque él posee los peligros de una tuberculosis local y los de una anexitis crónica.

Si bien en las anexitis crónicas ordinarias algunos ginecólogos son contemporizadores, esperando que un tratamiento médico apropiado haga tolerable la afección ; para la anexitis tuberculosa este razonamiento no es admisible porque la infección tuberculosa es invasora, no se de-

tiene espontáneamente y el tratamiento médico es paliativo. Es cierto que la curación espontánea ha sido encontrada dos veces por Veit, y por otros autores como Alterthum, pero estos son hechos muy raros, excepcionales y por tanto no puede servir de argumento en contra del tratamiento precoz de la tuberculosis anexial.

Por otra parte la dificultad que existe siempre en el diagnóstico de la tuberculosis anexial puede inducir á error tomándola por una anexitis ordinaria y hacer retardar la intervención con grave perjuicio para la enferma. Por esto muchos cirujanos van hasta declarar la inutilidad de buscar este diagnóstico, y ellos encuentran en la existencia misma de la anexitis una razón suficiente para intervenir.

La contemporización, en materia de tuberculosis anexial no tiene entonces razón de ser, y el proceder más correcto de todo cirujano, en presencia de una anexitis tuberculosa, es intervenir precozmente y hacer una extirpación amplia de todos los focos ; las operaciones parciales no son nunca suficientes.

Las contraindicaciones del tratamiento operatorio se refieren al estado general. Cuando el estado general es grave y la caquexia es ya pronunciada, las lesiones anatómicas son muy avanzadas y por la extensión del proceso, se trata ya

de una verdadera tuberculosis pelviana, es conveniente no intervenir. El tratamiento general tonificante levantará las fuerzas de la enferma, y si esto se consigue, tal vez, se podrá intervenir más tarde, pero con menos probabilidades de éxito, pues en este caso la operación tendrá muchas veces que ser incompleta.

La existencia de la tuberculosis pulmonar ha dado lugar á opiniones diversas. Algunos autores, creen que ella es una contraindicación á la operación, otros, como Veit y Martin piensan que cuando la tuberculosis pulmonar no es avanzada, no constituye una contraindicación.

Pozzi resume la cuestión con los siguientes términos : «Si la tuberculosis es avanzada, no hay nada que hacer ; si esta tuberculosis es ligera ó dudosa no hay que dudar de operar ».

El concepto moderno sobre ciertas formas de ascitis tuberculosas, de origen genital, de la cual me ocupé al tratar las formas clínicas de la tuberculosis anexial, ha modificado la técnica operatoria, en el sentido de no quedar reducida á la sólo laparotomía, sinó de ir á buscar siempre el anexo enfermo, y, si existiera, extirparlo.

Técnica operatoria.—El proceso tuberculoso que ataca los anexos, queda pocas veces limitado á éstos. El se extiende al peritoneo pelviano for-

mando un proceso de pelvi-peritonitis adhesiva que fija los anexos por adherencias abundantes y más ó menos resistentes á los órganos vecinos. Estas adherencias son siempre más constantes y más extensas en la salpingo-ovaritis tuberculosa que en las otras anexitis.

Es por esta disposición anatómica de las lesiones, que la vía abdominal ha sido siempre preferida á la vía vaginal en la operación de la tuberculosis anexial. En efecto, la laparotomía permite hacer operaciones más completas, lo que es de primera importancia en materia de tuberculosis anexial, y esto, porque da más campo, permite ver la disposición de las lesiones y tratar las adherencias bajo la vista, lo que no permite sino de una manera incompleta la vía vaginal.

La vía vaginal no puede, sin embargo, dejarse de lado en todos los casos. Hay formas de tuberculosis anexial complicadas de infecciones piógenas secundarias que dan lugar á colecciones del lado del fondo de saco de Douglas ; es en estas formas, que la vía vaginal, asegurando un drenaje más declive y más fácil, debe ser preferida. Pero estas formas complicadas son poco frecuentes y en todo caso si se ha elegido la vía abdominal la laparotomía puede terminarse con el drenaje vaginal.

No es posible indicar un método operatorio

que puede servir para todos los casos de salpingo-ovaritis tuberculosa ; la técnica varía con cada caso particular y queda librado al mejor criterio del cirujano, la elección del método á adoptar, según la disposición de las lesiones. Sin embargo, pueden darse reglas generales sobre la extensión del acto operatorio.

Cuando la salpingo-ovaritis es unilateral se hará una oóforo-salpinguectomía unilateral. La técnica de esta operación es la misma que en las anexitis comunes, pero la extensión de las adherencias ó la presencia de un piosalpinx de gran tamaño complica á menudo el acto operatorio.

El desprendimiento de las adherencias es el tiempo más importante y también el más difícil. El epiplón adherido es siempre fácil de desprender, basta seccionarlo en un punto donde esté libre y ligarlo por pedículos separados ; pero con el intestino es distinto, la unión es á veces íntima, la adherencia resiste y expone á un accidente serio : la ruptura del intestino. Se puede, sin embargo, en muchos casos, con la técnica, evitar este accidente, no tirando fuertemente del intestino, sino más bien atacando del lado de la trompa, esculpiendo la pared tubaria, que quedará en parte adherida al intestino.

Esta manera de proceder, expone, es cierto, á la ruptura de la trompa, que cuando contiene

pus derramará, pero este accidente es siempre menos grave que la abertura del intestino, cuando se tiene la precaución de aislar el campo con abundantes compresas.

La tensión de la bolsa tubaria facilita el desprendimiento de sus adherencias, pero también se rompe con más facilidad. Por esto suele ser conveniente, cuando la bolsa es voluminosa, vaciarla por una punción aspiradora. Cuando la bolsa esté vacía, ó que se ha roto, se puede emplear con provecho, el procedimiento que aconseja Faure y que consiste en introducir en la bolsa un dedo, bien protegido por compresas, para evitar que se infecte en contacto con las paredes y así explorando la pared tubaria por su superficie interna, es más cómodo desprenderla de las adherencias porque se siente mejor sus límites.

Es un hecho de observación diaria que las adherencias son más abundantes y más resistentes en la parte superior, en el punto donde están en contacto con el intestino, que en el fondo de la pelvis donde son más finas y más aisladas. Esta disposición de las adherencias, hace el desprendimiento de los anexos más cómodo atacándolos de *abajo á arriba*. Para conseguirlo se toma el útero con una pinza y se ataca la inserción uterina cortando entre dos pinzas y se hace bascular los anexos hacia afuera, introduciendo al mis-

mo tiempo los dedos por debajo de ellos, y, si es necesario, en el espesor del ligamento ancho, lo que facilita la maniobra. Pronto los anexos quedan sólo adheridos por su pedículo ovárico, el que es tomado con una pinza de Kocher y seccionado con la tijera.

No queda más que ligar el pedículo con catgut y hacer la peritonización más completa posible de la sección superior del ligamento ancho y de las superficies depulidas é irregulares donde no existe peritoneo.

Cuando las lesiones son bilaterales se puede proceder de dos modos: haciendo una óforo-salpinguectomía doble respetando el útero, ó bien se completará esta operación con la histerectomía sub-total ó total según los casos.

Esta segunda manera de proceder, responde al principio de las intervenciones amplias en el tratamiento de la tuberculosis anexial y es la conducta que adoptan actualmente la mayoría de los cirujanos. Una vez suprimidos los anexos, no hay razón de ser conservador, respetando el útero, porque este órgano, en estas condiciones, ya no tiene función que desempeñar, y, al contrario, si no está enfermo, cosa que no ocurre casi nunca en las lesiones avanzadas, será lo mismo más tarde, una amenaza continua y una fuente de nuevos sufrimientos.

Aparte de estos argumentos de orden clínico en pro de la oportunidad de la histerectomía en las lesiones dobles, existe otro no menos importante de orden técnico y es el de facilitar el acto operatorio. En efecto, en estas lesiones tuberculosas dobles, la pelviperitonitis adhesiva hace sumamente difícil la extirpación sólo de los anexos y en estos casos la histerectomía previa, da más campo y permite desprender los anexos de *abajo á arriba*, procedimiento operatorio de cuyas ventajas ya nos hemos ocupado en párrafos anteriores.

La tuberculosis del cuello del útero es una afección poco frecuente, lo que permite, en muchos casos, la histerectomía sub-total, pero cuando el cuello esté invadido por el proceso tuberculoso se hará la histerectomía abdominal total.

Tales son las reglas generales que hay que observar en el tratamiento de las tuberculosis bilaterales. En cuanto á los métodos de histerectomía sub-total son los mismos que se emplean en las otras afecciones útero-anexiales, y aquí volvemos á repetir que no hay uno que pueda indicarse como método de elección para todos los casos, sino que todos son buenos ; cada uno tiene indicaciones especiales que hay que tener presente en la intervención, á fin de adoptar el que más convenga al caso presente.

Tres son los procedimientos más comunmente empleados y con los cuales se pueden salvar todas las dificultades : el procedimiento de Kelli, llamado americano, el de Terrier y el de la hemisección de Faure. Cada uno de estos métodos tiene sus indicaciones especiales y en cuanto á la técnica, no pretendo hacer una descripción detallada, porque saldría de los límites de este trabajo, y sólo haré una síntesis de los tiempos principales.

El procedimiento de Kelli está indicado en aquellas formas donde las adherencias predominan de un sólo lado, no presentando dificultad atacar el anexo de *arriba á abajo* en el lado donde está poco adherido y concluyéndose con el desprendimiento de *abajo á arriba* del anexo que está solidamente fijado. Permite así extirpar los anexos y el útero en una sola pieza.

· He aquí en pocas palabras como se practica. En primer lugar se toma el pedículo útero-ovárico del anexo más fácilmente accesible, con una pinza de Kocher, se secciona el pedículo y se continúa la sección descendiendo en el ligamento ancho hasta el cuello del útero. Entonces se procede á disecar una lámina de peritoneo por una incisión peritoneal cóncava hacia arriba conducida de la extremidad de sección del ligamento ancho al del lado opuesto y á dos centímetros

de la línea de reflexión del peritoneo sobre la vejiga. La vejiga es rechazada adelante y la cara anterior del cuello es descubierta. El útero es reclinado al lado opuesto, la arteria uterina es reparada por una pinza, luego se secciona el cuello transversalmente, inmediatamente por encima de la inserción de la vagina, termocauterizando la cavidad cervical ó enjugando el muñón con gasa como aconseja Kelli. Hecha la sección del cuello se acentúa la inclinación del útero, se reconoce los vasos uterinos y se los toma en una pinza y se termina con el desprendimiento del segundo anexo atacándolo de *abajo á arriba*.

Terminada la extirpación del segundo anexo, se procede á hacer la sutura del muñón uterino con catgut teniendo cuidado de tomar todo el tejido uterino lo que permite una buena hemostasia del muñón y el cierre hermético de la cavidad cervical. Finalmente, ligadura de los pedículos y peritonización.

El método Terrier se practica en los casos en que los anexos estan igualmente adheridos en los dos lados, en cuyo caso el método americano sería de difícil ejecución. Extirpando el útero en el primer tiempo, se consigue mayor campo lo que permite á la mano poder explorar y des- prender los anexos de *abajo á arriba* con lo cual se facilita la operación y se subsanan en gran parte las dificultades que se presentan.

En el primer tiempo, se hace la histerectomía sub-total. El útero es tomado por su fondo con una pinza y traído hacia arriba para desprender las adherencias de la cara posterior del útero. De esta manera, libre el útero de sus adherencias posteriores y aislado el campo convenientemente, se procede á colocar una pinza de Kocher que toma el ligamento ancho en toda su altura junto al borde del útero ; otra pinza es colocada paralelamente á la primera y un poco por fuera de la misma. Dispuestas las pinzas en esta forma en los dos lados del útero, se incide el ligamento ancho entre ellas y hasta el cuello del útero, luego se desprende una lámina de peritoneo en la cara anterior, como en el procedimiento anterior y se secciona el cuello termocauterizando el muñón. La histerectomía terminada, queda entre los anexos un espacio grande vacío, donde la mano puede dirigirse cómodamente y atacar los anexos de abajo á arriba, los cuales quedan pronto sujetos sólo por el ligamento lumbo ovárico, el cual es seccionado á su vez. Se termina ligando los seis pedículos y peritonizando como en los otros procedimientos.

El procedimiento de la hemisección uterina de Faure, es empleado en los mismos casos en que está indicado el método de Terrier. Además cuando los anexos adherentes y voluminosos están

pegados contra el útero y se hace difícil separarlos para seccionar el ligamento ancho sobre el borde del útero en el procedimiento de Terrier ; en estos casos el procedimiento de Faure, atacando el útero por su parte media resuelve esta nueva dificultad.

He aquí en pocas palabras los tiempos de la operación : 1.º, Se realiza la hemisección uterina tomando el fondo del útero con dos pinzas colocadas á cada lado de la línea mediana y se secciona exactamente en esta línea el útero hasta el nivel del istmo ; 2.º, se corta luego cada mitad uterina transversalmente de la cavidad hasta el borde ; y 3.º, reclinando la porción uterina así separada del cuello, se pinza los vasos uterinos y se desprenden los anexos correspondientes de abajo á arriba.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis anexial es actualmente el único del cual podemos esperar mejorías rápidas y duraderas, y, en muchos casos, curaciones definitivas. La curación definitiva, por la extirpación precoz y completa de los anexos, ya no es un hecho raro y todos los autores desde Hegar y Wiedow, que fueron los primeros en darla á conocer, han tenido casos de curación definitiva.

Pero, no siempre es así, los resultados dependen en gran parte de la forma anátomo-clínica

á que es aplicado el tratamiento. Cuanto más limitado sea el foco mórbido y más pronto se intervenga tendremos más probabilidades de obtener la curación definitiva. En todo caso, hemos visto á las enfermas beneficiar del tratamiento, que ha hecho desaparecer los dolores, mejorar notablemente el estado general, volver el apetito y aumentar el peso.

Pero, no hay que olvidar, la necesidad de que la intervención sea precoz y completa la extirpación del foco tuberculoso, para que el tratamiento rinda sus mejores beneficios. Bajo estas reservas, el tratamiento quirúrgico ha sido reconocido por todos los autores, el tratamiento de elección de la tuberculosis anexial ; como la nefrectomía lo es para la tuberculosis renal.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1.º La tuberculosis anexial es la forma más frecuente de la tuberculosis genital y comprende el 89 por ciento de esta.

2.º La tuberculosis anexial puede ser primitiva pero es más frecuentemente secundaria.

3.º La infección se hace en primer término por la vía vascular, sanguínea ó linfática ; puede hacerse en último término por la vía mucosa ascendente, la cual explica los casos de tuberculosis primitiva.

4.º La tuberculosis anexial reviste las tres formas anátomo-clínicas siguientes : 1.º, Anexitis crónicas latentes, con síntomas anexiales mínimos y que se revelan principalmente por peritonitis secas ó ascíticas ; 2.º anexitis nodulares hipertróficas con pelvi-peritonitis adhesiva ; y

3.º absceso frío de la trompa y ovario con pelvi-peritonitis más ó menos avanzada y algunas veces úlcero-caseosa. Estas formas pueden combinarse de muchos modos y en realidad el cuadro anátomo-crónico es más complejo.

5.º Las lesiones comienzan por la zona vascular : por la red submucosa en la trompa ; por la capa ovígena en el ovario, lo que prueba el origen vascular frecuente de la tuberculosis anexial.

6.º La tuberculosis anexial es una afección de marcha crónica y progresiva. La curación espontánea es posible.

7.º Su diagnóstico es difícil ; el signo Bazterrica es un signo de importancia para el diagnóstico del piosalpinx tuberculoso.

8.º El pronóstico es siempre grave, depende en gran parte de la forma anátomo-clínica y de la precocidad del tratamiento.

9.º El tratamiento de elección es quirúrgico. consiste en la extirpación, completa y precoz por vía abdominal de los anexos con histerectomía en las tuberculosis bilaterales.

10. Las contraindicaciones al tratamiento quirúrgico son : estado general grave y tuberculosis pulmonar avanzada.

11. Los resultados de este tratamiento son variables. La curación definitiva es frecuente y en todo caso da mejorías rápidas y durables.

CAPITULO VII

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

SERVICIO DEL DOCTOR RICARDO S. GÓMEZ
HOSPITAL ALVEAR

M. M. de C., casada, italiana, 25 años.

Fecha de entrada 23 de Febrero de 1914.

Fecha de alta 17 de Abril de 1914.

Diagnostico. — Tuberculosis anexial y peritoneal.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Pleuresía hace ocho años conjuntamente con una peritonitis á forma ascítica. Operada de tuberculosis hipertrofiante.

te de los ganglios del cuello hace 4 años. Sus reglas comenzaron á los 12 años, siempre regulares, amenorrea durante su pleuresía que duró trece meses, después volvieron regularmente hasta hace cuatro años, cuando se produce otro período de amenorrea que dura tres meses, se regularizan de nuevo con caracteres normales tres meses para producirse entonces otra amenorrea que dura hasta el presente. Siempre han sido abundantes é indoloras, duran habitualmente siete días. Se casó á los 24 años.

Enfermedad actual.—Comenzó hace un mes por un dolor fuerte á los lomos y en la fosa iliaca derecha, tan intenso que la hechó al suelo, de donde tuvieron que llevarla á la cama, donde por unos días siguió con el mismo dolor que fué atenuándose pero sin que haya desaparecido completamente. Tuvo constipación de 7 ú 8 días. No fué acompañado de otro síntoma.

Estado actual.—Enferma delgada, en regular estado de nutrición. Cabellos, cejas y pestañas abundantes, Pupilas iguales, reaccionan bien.

Cuello.—Cicatriz linear por dentro del esternocleido-mastóideo derecho.

Aparato respiratorio.—Disminución de la sonoridad en los vértices. Abajo la sonoridad es

mayor del lado izquierdo. En los vértices la respiración es ruda con expiración prolongada. En el resto del pulmón es normal.

Corazón.—La punta late en el cuarto espacio sobre la línea mamilar, tonos normales. Pulso hipotenso, regular, igual, 100 pulsaciones por minuto,

Temperatura continua sub-normal oscilando á la tarde entre 37°5' y 38°.

Examen ginecológico.—Organos genitales externos en estado normal. El tacto combinado á la palpación enseña el útero en posición normal y movable. Los anexos son dolorosos ; se tocan en los fondos de sacos laterales, engrosados y el derecho más grande, ocupa parte del Douglas. Al espéculum se ve el orificio externo del útero un poco dilatado, dejando salir un flujo blanquecino.

Histerometría siete centímetros.

Operación.—Histerectomía sub-total, oóforo-salpinguectomía doble.

Operador, Dr. Ricardo S. Gómez.

Laparotomía mediana sub-umbilical. Los anexos presentan adherencias con el útero, blandas y fáciles de desprender á izquierda, son al contrario muy resistentes á derecha, estando la trom-

pa de este lado muy fijada á la cara posterior del útero.

El epipión adherido al ovario derecho.

Desprendidas las adherencias se ataca el anexo izquierdo de arriba á abajo y se termina la operación con la histerectomía sub-total por el procedimiento Kelly.

Se cierra la pared abdominal, sin dejar drenaje, en tres planos ; profundos con catgut y la piel con agrates de Michel.

Cuidados post-operatorios.—A los tres días se levanta la curación, se toca la herida con tintura de yodo y á los ocho días se sacan los agrafes. La enferma es dada de alta curada el 17 de Abril de 1914.

El examen de la pieza muestra las trompas obliteradas y nudosas, estado moniliforme. Las nudosidades corresponden á tubérculos en degeneración caseosa. Los ovarios presentan lesiones escleroquísticas asociadas á tubérculos en diverso grado de evolución.

Observación II

SERVICIO DEL DOCTOR RICARDO S. GÓMEZ
HOSPITAL ALVEAR

E. P. argentina, 15 años, soltera.

Fecha de entrada.—16 de Diciembre de 1913.

Fecha de salida.—30 de Marzo de 1914.

Diagnóstico.—Anexitis doble tuberculosa.

Antecedentes hereditarios.—Padre reumático, murió de pulmonía doble (?). Madre sana, nueve hermanos, una hermana murió tuberculosa.

Antecedentes personales.—Neumonía, varicela y sarampión en la infancia. Sufre de pequeña, de jaquecas (con vómitos, etc.), que se ha atenuado después de reglar. Ha sido siempre delgada y se refrió con frecuencia. Regló á los 12 años, con la menstruación de caracteres normales, habiendo faltado la última. Tiene flujo desde chica y hace dos meses es abundante y sanguinolento.

Enfermedad actual.—Hacen 4 meses sintió un dolor fuerte en la fosa iliaca derecha que pronto se extendió á todo el hipogastrio. Entonces tuvo fiebre y algunos vómitos, acentuándose la constipación, que es habitual en ella, refiriéndonos que necesita tomar frecuentemente laxantes para combatir el estreñimiento, habiendo observado mucosidades en las materias fecales y expulsado varias veces vermes pequeños y más grandes.

Siente dolores espontáneos y agudos en el hipogastrio especialmente á izquierda.

Estado actual.—19-XII-1913. Piel blanca, con escaso panículo adiposo. Facie pálida y demarcada. Sistema piloso muy desarrollado. Cuello delgado, con muchos ganglios pequeños, indolores y movibles.

Tórax.—Algo plano, ligera cifolordosis, fosas supra y sub-clavicular muy marcadas.

Pulmón.—Sub-matitez en el vértice derecho, tonalidad normal en el resto y lo mismo en el izquierdo. Respiración ruda en el vértice derecho con expiración prolongada.

Aparato circulatorio.—Pulso poco tenso, poco amplio, frecuencia 90 pulsaciones. Lo demás normal.

Abdomen.—Deprimido, las espinas iliacas antero-superiores muy salientes. El trayecto del colon transverso y descendente son dolorosos á la presión. En el hipogastrio y en ambas fosas ilíacas hay dolor á la presión y á la descompresión.

Examen ginecológico.—Organos genitales externos normales, himen. Flujo amarillo abundante. El tacto rectal enseña el fondo de saco de Douglas ocupado enteramente por un tumor duro irregular, del tamaño de una mandarina, doloroso y casi inmovil.

El examen microscópico del flujo revela la presencia del bacilo de Koch.

Operación.—(6-I-1914) I Oóforo-salpinguectomía izquierda.

Operador, Dr. Ricardo S. Gómez.

Laparotomía mediana sub-umbilical. A la abertura del vientre se constata que el peritoneo está recubierto en toda su extensión, con predominancia en la región pelviana, de una abundante erupción de granulaciones tuberculosas. La observación del anexo izquierdo es difícil porque hay que separar las ansas delgadas adheridas entre sí y á la S ilíaca. Esto hecho se cae sobre un tumor del tamaño de una mandarina formado á expensas del ovario y trompa izquierdos y muy adherentes al útero por su cara posterior. Se ex-

tirpa este anexo y se cierra la pared dejando un drenaje formado de una sola compresa de gasa.

Cuidados post-operatorios.—(8-1-1914) Se retira el drenaje y se pone uno más pequeño ; el 14 de Enero se retiran los puntos y se suprime todo drenaje.

La enferma sigue bien, con apetito, no tiene fiebre, el pulso es bueno. Se levanta el 20 de Enero. Se hacen inyecciones de cocodilato de sodio en número de 15 y es dada de alta el 30 de Marzo de 1914.

Observación III

SERVICIO DEL DOCTOR RICARDO S. GÓMEZ
HOSPITAL ALVEAR

M. E. de E., 20 años, argentina, casada.

Fecha de entrada.—22 de Octubre de 1913.

Diagnóstico.—Retroflexión móvil. Ovaritis escleroquistica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 13 años, normalmente hasta hace dos años en que las reglas se hacen dolorosas y abundantes, durándole ocho días. Se casó hace un año. Ha sido siempre constipada ; las orinas son normales, no hay trastornos vesicales. Es de temperamento nervioso, sufre frecuentes ataques de histeria ; refiere que las aproximaciones sexuales son causa de dolores intensos.

Estado actual.—(25-X-1913) Piel blanca con escaso panículo adiposo, sistema piloso muy des-

arrollado. Conjuntiva ocular algo pálida y la mucosa labial también es un poco decolorida.

El cuello es delgado, llevando ganglios numerosos, indoloros y movibles.

Pulmones.—Normales á la percusión y auscultación.

Corazón.—Tonos fuertes, área cardíaca normal. Pulso, 80 por minuto, regular, amplio, igual.

Abdomen.—A la inspección nada notable. A la palpación hiperestesia en la región ovárica y supra-pubiana.

Examen ginecológico.—No hay flujo ; órganos genitales externos nada de anormal. El tacto enseña el cuello del útero, pequeño, cónico, situado en el eje de la vagina. El cuerpo del útero forma un tumor globuloso, redondeado, movable en el Douglas. Entre el cuello y el cuerpo hay un ligero ángulo abierto hacia abajo y atrás. El anexo derecho está engrosado y doloroso pero conserva la situación normal.

Operación.—(25-X-1913) Operador Dr. Ricardo S. Gómez.

Laparotomía mediana sub-umbilical. Se encuentra el ovario derecho grande, con lesiones escleroquísticas y tubérculos miliares numerosos.

La trompa está obliterada y nudosa presentando su serosa una gran cantidad de granulaciones grises ; estas se ven también, aunque más discretas sobre el fondo del útero. El anexo izquierdo presenta lesiones análogas.

Se hace una histerectomía sub-total y oóforosalpinguectomía doble por el método Kelli. Se cierra la pared en tres planos sin dejar drenaje y la piel con agrafes de Michel.

Estos son sacados á los siete días. Cura por primera intención. Alta el 4-XII-1913.

El exámen histológico de los cortes de las trompas comprueban la naturaleza tuberculosa de las granulaciones.

Observación IV

SERVICIO DEL DOCTOR RICARDO S. GÓMEZ
HOSPITAL ALVEAR

Diagnóstico.—Tuberculosis pulmonar y tuberculosis anexial.

A. B. de C., 24 años, uruguaya, casada.

Fecha de entrada.—2 de Abril de 1914.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió hacen dos años á causa de una cardiopatía. La madre vive y tiene buena salud ; 8 hermanos todos sanos.

Antecedentes personales.—Sarampión y coqueluche en la infancia. Fiebre tifoidea á los 15 años. Regló á los 14 años siempre normalmente. se casó á los 18 años, habiendo tenido tres partos á término y uno prematuro. Un hijo vive y dice ser sano, los otros tres murieron á los pocos meses.

Hace cuatro años comenzó á enfermarse, sintiendo fuertes dolores al vientre que duraban algunos días para volver de nuevo. Desde entonces las reglas son dolorosas y han faltado en estos dos últimos meses. Ha enflaquecido mucho, se fatiga con el menor ejercicio. Cefaleas y sudores nocturnos.

Enfermedad actual.—Comienza hace tres meses con dolores abdominales fuertes, con asiento especialmente en el hipogastrio. Estos dolores se exacerban al menor movimiento por lo que la enferma guarda cama durante doce días. Durante este tiempo ha tenido fiebre y ha estado constipada.

Pasados estos fenómenos dolorosos la enferma abandona la cama y á los pocos días tiene una metrorragia, abundante el primer día, y que disminuyendo de intensidad desaparece al cuarto día. A los 15 días vuelve á repetirse la hemorragia y entonces ingresa al hospital.

Estado actual.—Mujer muy delgada, de cara pálida y demacrada, de mirada apagada, representa más edad de la que tiene. Tórax plano, con escápulas salientes. Las fosas supra y sub-claviculares son muy pronunciadas.

Matitez en el vértice izquierdo, rales sub-crepitantes finos en los dos tiempos de la respiración,

murmullo vesicular aumentado en el resto del pulmón. Vértice derecho, sonoridad aumentada y respiración ruda.

Abdomen.—Deprimido, piel flácida, abundantes vergetures. A la palpación es doloroso por debajo del ombligo y especialmente á derecha, sintiéndose profundamente hacia la fosa iliaca derecha una tumefacción dolorosa y de límites nada netos.

Examen ginecológico.—Flujo amarillo abundante, cuello uterino grande, orificio externo alargado, histerometría 7,5 centímetros.

Al tacto combinado con la palpación abdominal se siente el útero ligeramente rechazado á adelante y muy poco movable. El anexo derecho forma un tumor irregular, grueso como un huevo de gallina, doloroso y ocupando una parte del Douglas. La trompa izquierda es grande, dolorosa en situación normal.

Operación.—(11-IV-1914) Operador Dr. Ricardo S. Gómez.

Laparotomía sub-umbilical. Histerectomía subtotal procedimiento de Kelli, oóforo salpinguectomía doble.

Examen de la pieza.—Se separa bastante fácilmente la trompa del ovario. La trompa derecha

de apariencia sana en su tercio interno, está considerablemente aumentada de volumen en los dos tercios externos. Las paredes muy engrosadas y al corte se ven focos tuberculosos, los unos duros y los otros resblandecidos. El pabellón está obliterado, en parte destruído y fusionado al ovario.

Este ovario es del volúmen de una gruesa nuez, tiene una superficie irregular, vestigios de las adherencias que ha contraído con las trompas y el intestino. Al corte, se encuentra en su interior un pequeño absceso, teniendo aproximadamente el volúmen de una avellana. La pared de este absceso está tapizada por una membrana fungosa semejante á la de los abscesos frios. El pus es seroso con grumos caseosos.

Se recomienda á la enferma un tratamiento médico por su lesión pulmonar y es dada de alta el 27 de Abril de 1914.

Observación V

SERVICIO DEL Dr. LENZI.—HOSPITAL ITALIANO

C. L., soltera, italiana, 17 años de edad, artista dramática.

Fecha de entrada.—25 de Julio de 1910.

Fecha de salida.—13 de Septiembre de 1910.

Diagnóstico de salida.—Tumor supurado de los anexos (tuberculoso) haciendo cuerpo con el útero. Adenitis tuberculosa cervical.

Antecedentes.—Un hermano murió á los 7 años de meningitis, una hermana murió á los 18 meses no apareciendo con claridad la causa de la muerte. Tiene padres y dos hermanos vivos y sanos. Ha sufrido á los dos años de una adenitis supurada del cuello. Tuvo sarampión y fiebre tifoidea. Regló á los 13 años, su menstruación ha sido siempre regular hasta el mes pasado. Tuvo, desde la aparición de la menstruación, leucorrea

acompañada de dolores en la región lumbar y porción inferior del abdomen. Cinco meses hace en Londres, sin razón apreciable, fué atacada por fuertes dolores al abdomen especialmente á derecha ; tuvo fiebre y desde entonces los dolores y la fiebre no han más desaparecido. Esta última aparecía á la noche hacia las nueve. Sin embargo, hasta 15 días, continuó su trabajo de artista como lo hacía todas las noches. Tuvo algunos días de diarrea, pero la defecación fué casi siempre regular. La micción fué siempre muy dolorosa.

Estado actual.—Enferma algo pálida, de nutrición en decadencia ; dice haber enflaquecido. La conjuntiva ocular es pálida y la esclerótica presenta un brillo especial, las cejas abundantes.

El vientre que á la inspección no hace notar nada de anormal, por la palpación se nota como á tres dedos por debajo del ombligo, una tumefacción grande, renitente, que ocupa una porción más ó menos mediana y que á derecha es especialmente dolorosa, presentando aquí mayor resistencia muscular y donde los fenómenos se acentúan á medida que se viene palpando desde la línea que reuniese las dos espinas ilíacas ántero superiores hacia el pubis, donde el dolor y la resistencia de la pared es máxima. A derecha y so-

bre el recto anterior, cerca del pubis, en una extensión de cuatro traveses de dedos el dolor á la palpación es más acentuado.

La percusión denota matitez en el bajo vientre.

El tacto rectal hace sentir netamente una tumefacción relativamente elástica del volúmen de una cabeza fetal á término, que ocupa la entrada de la excavación pelviana y que permanece fija á pesar de la impulsión del dedo, el cual siente ceder la pared de la tumefacción para recuperar enseguida la forma primitiva. La palpación combinada al tacto rectal hace notar, perfectamente, que la tumefacción abdominal es de la misma naturaleza que aquella que ocupa en parte la excavación pelviana y que la más ligera presión sobre la pared abdominal, hace sentir una renitencia al dedo que palpa en el recto.

Cuti-reacción á la tuberculina, positiva (4 de Agosto).

Operación.—(15 Agosto). Operador Dr. Lenzi.

Anestesia intra-raquídea por la novocaina 0,15 centigramos. La anestesia se produce rápidamente y dura casi toda la operación, haciéndose necesario un poco de cloroformo para cerrar la pared.

Laparotomía sub-umbilical. Se encuentra cubierto por fuertes adherencias, un voluminoso

tumor que forma cuerpo con el fondo del útero y que tiene su origen en el anexo derecho. En él no se reconoce más ni ovario, ni trompa y está adherido al recto, el cual es abierto en el curso de la intervención y luego suturado. Se llega á aislar el tumor en masa junto con el útero que es extraído dejando su porción supra vaginal. El ovario izquierdo entero y lleno de pus es extraído como también el apéndice que estaba fijado por adherencias. Como se escurrió un poco de pus de olor fétido, se cierra la pared dejando antes un Mikulicz. En el pus se encontraron bacilos de Koch.

Después de esta operación se extirparon los ganglios del cuello.

Alta el 21 de Diciembre de 1910, curada.

Observación VI

SERVICIO DEL DR. LENZI.—HOSPITAL ITALIANO

J. A., 16 años, argentina, soltera.

Fecha de entrada.—2 de Noviembre de 1913.

Fecha de salida.—16 de Diciembre de 1913.

Diagnóstico de salida.—Quiste hidático del hígado y tuberculosis útero-anexial.

Antecedentes.—Siempre sana. Menstruación irregular, dolorosa cada 15 días y de 7 ú 8 días de duración.

Enfermedad actual.—Comienza hacen tres años notando á la palpación la existencia de un tumor del tamaño de una mandarina fácilmente desplazable é indoloro. Aumenta de volumen lentamente y en estos 28 últimos días es doloroso. Ha disminuído 8 á 10 kilos de peso, tiene sudores nocturnos y tos ronca.

Ha tenido estos días temperatura que oscila

entre 39.º y 40.º. En estos últimos 28 días ha tenido que guardar cama.

Examen ginecológico.—Organos genitales externos normales. Flujo amarillo.

El tacto rectal enseña el Douglas ocupado por una tumefacción elástica y de límites difusos.

Infiltración tuberculosa del vértice izquierdo.

Dermo-reacción á la tuberculina positiva.

Operación.—(12 de Noviembre de 1913). Operador, Dr. Marino.

Anestesia intrarraquídea con novocaina 0.15 cg

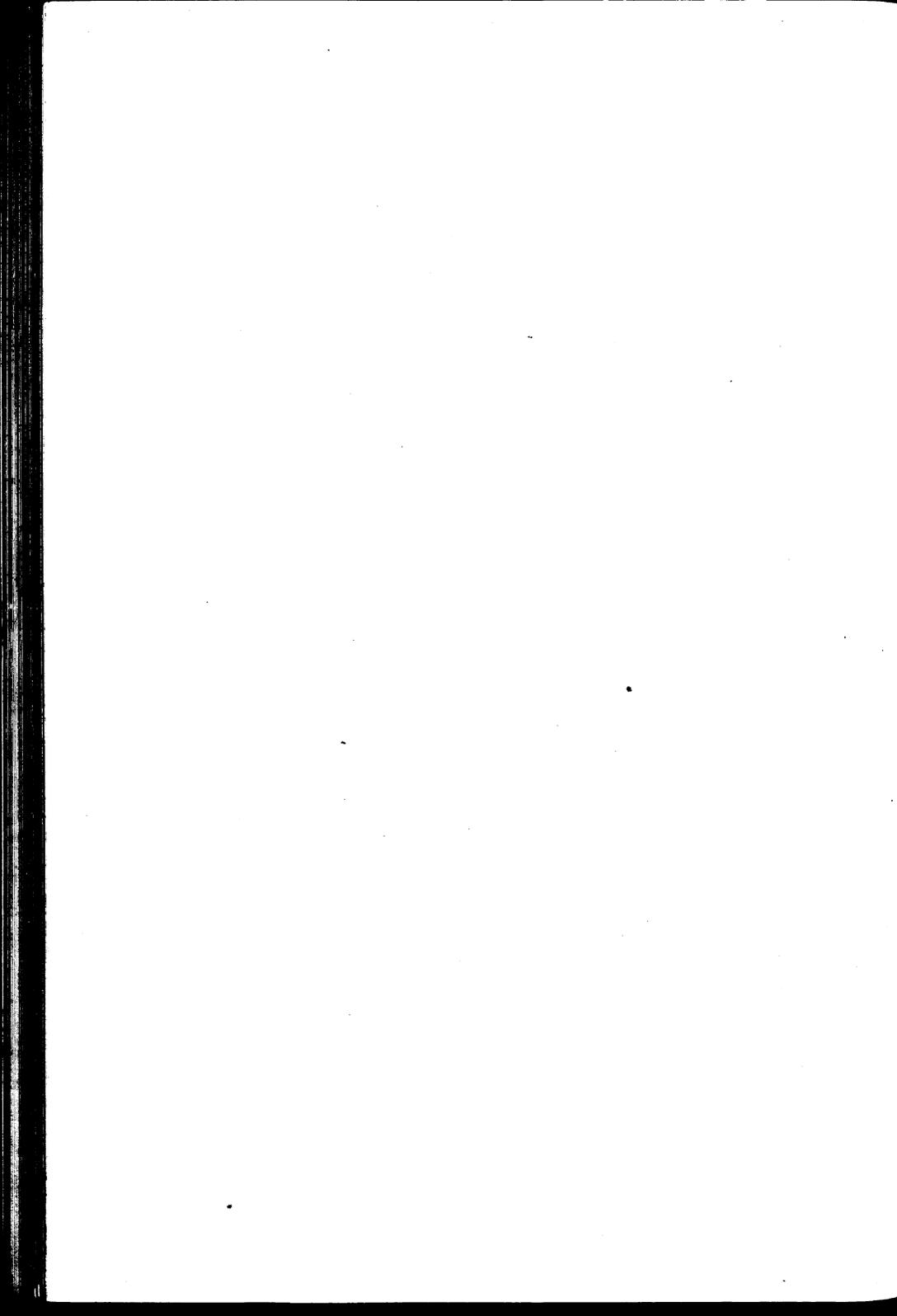
Laparotomía mediana desde el apéndice xifoide al pubis.

Se extirpa el quiste del bordè hepático. Los anexos forman un tumor supurado sólidamente adherido al útero y al recto. Se hace una oóforo-salpinguectomía doble é histerectomía total.

El recto presenta una solución de continuidad de 2 centímetros, la cual es suturada.

Drenaje vaginal. Se cierra la pared abdominal conjuntamente.

Alta el 16 de Diciembre. Estado general muy mejorado.



Buenos Aires, Mayo 11 de 1914

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

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 26 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2795 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre el quiste maligno del ovario y anexitis tuberculosa.

E. Bazterrica.

II

La laparotomía en las peritonitis tuberculosas de marcha aguda.

Lucio Durazona.

III

Frecuencia de las salpingitis tuberculosas primitivas.

T. Piccardo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alleaume René.*—Thèse de Paris, 1907.
- Amann J. A.*—Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme, 1902.
- Begouin.*—Des pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges. (Sixième Congrès national de Gynecologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. (Toulouse. 22 Set., 1910).
- Bondy.*—Zur Statistik und Diagnose der Adnextuberculose). (Wiener Klinische Wochenschrift. n.º 27, p. 979).
- Bernheim.*—Tuberculose prim. des org. gén. de la femme.
- Boursier.*—Précis de Gynecologie.
- Chatom Marcel.*—Contribution à l'étude de la tub. du col de l'utérus. Thèse de Paris.
- Chauffon Marcel.*—La tuberculose annexielle. Thèse de Paris, 1905.
- Dervaux.*—De la tub. génitale de la femme y ses complic. périton. Thèse de Paris, 1902.
- F. Legueu et H. Verliac.*—Tuberculose des trompes et d'un kyste ovarique. La Gynecologie, Julio 1911, p. 401, n.º 7.
- Faure y Siredey.*—Traité de Gynecologie Médico Chirurgicale.
- Faure I. L.*—Chirurgie des annexes de l'utérus, 1902.
- Garowitz.*—Thèse de Paris, 1900.
- Goñalons G.*—Fisiopatología del ovario. Tesis, 1914, Buenos Aires.

Hartmann H. et Marcel Metzger.—Le drenage abdominal en Gynecologie. Annales de Gyn. et d'Obstétrique. Tome VII, p. 329.

Ricardo S. Gómez.—Tuberculosis anexial. (V. Congreso Latino Americano. Lima, 1913).

F. Lagrave et Lequeu.—Traité Médico-Chirurgical de Gynecologie.

Martin.—Tuberculose génitale de la femme. Congrès de Rome, 1902.

Proust Robert.—Chirurgie de l'appareil génitale de la femme.

Pradère Rodolfo.—Salpingo-ovaritis tuberculosa. Tesis, 1912, Buenos Aires.

Pozzi S.—Traité de Gynecologie, pag. 1064.

Talomon et Doléris.—Ovarite tuberculose chez la petite fille. Annales de Gynecologie. Tomo IX, pag. 416.

Veit.—Congrès de Rome, 1902. De la tuberculose génitale.

