

**ESTUDIO**  
**ACERCA DE LA INDICACION OPERATORIA EN**  
**LAS ANEXITIS SUPURADAS**

---

**TESIS**

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA  
DE LA REPUBLICA



POR EL

**Licenciado Ricardo Chaves Martínez,**

Farmacéutico y ex-practicante interno del Servicio de Ginecología  
del Hospital General,  
a cargo de los doctores Julián Rosal y M. J. Wunderlich,

EN EL ACTO  
DE SU INVESTIDURA DE

**MÉDICO Y CIRUJANO**

**MAYO DE 1917**

**GUATEMALA**  
AMERICA CENTRAL

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE  
8.ª Avenida Sur, N.º 24.

# PRÓLOGO

---

El hecho de escribir una Tesis sobre un asunto tan conocido como el tratamiento quirúrgico de las Anexitis Supuradas y sus indicaciones oportunas, obedece a que en nuestro País, el número de enfermas de esta clase es mayor, relativamente, de lo que es en otras partes; a que la Cirugía Profesional es tan limitada entre nosotros, en relación a las enfermas, que se hace muy necesario poner a la disposición de los Colegas, que se ven obligados a intervenir en casos urgentes, un auxiliar, que talvez no sea despreciable; tomando en consideración que los datos consignados en esta Tesis son en su mayor parte hechos prácticos.

Indispensablemente debo hacer un ligero detalle de las Anexitis en general, tomando la relación de autores especialistas en este ramo de la Patología e incluyendo las observaciones que he recopilado en el Servicio de Ginecología del Hospital General, durante mi práctica como Interno de dicho Servicio y bajo la dirección del ilustre Cirujano especialista Dr. Mario J. Wunderlich.

Como por otra parte fuí testigo presencial de los resultados obtenidos por los diferentes métodos empleados, creo de alguna utilidad llamar la atención hacia este punto, puesto que una intervención intempestiva o inadecuada llega a ocasionar la muerte o graves complicaciones en enfermas, quizá en todo el vigor de su juventud.

Muy a pesar de las ideas consignadas por un colega mío en su tesis presentada pocos días antes que ésta, debo ser justo declarando que no sólo las afecciones gonocócicas inundan nuestros servicios venéreos de ambos sexos, sino que la estadística que tengo la honra de presentar a tan elevada consideración es muy rica en elementos, aunque no muy bien detallada; pero que eso, no obstante, nada tiene qué envidiar a las estadísticas extranjeras, a las cuales no tenemos para que recurrir sino como término de comparación.

## ANEXITIS EN GENERAL

---

HISTORIA.—Si la importancia clínica de las Anexitis no es conocida sino desde hace 30 años, sus lesiones anatómicas habían sido señaladas desde hace largo tiempo.

Nicolás Tulp, en 1672, refiere un caso de distensión de la trompa, por una colección purulenta. F. Ruysch, en 1737, dice haber encontrado varias veces, trompas uterinas obliteradas por un trabajo inflamatorio, que atribuye al parto. En 1761, De Haën observa sobre el cadáver y describe los tumores salpingianos. Astruc, en la misma época, proponía tratar por la punción las hidropesías tubarias. Portal, en 1803, hace un estudio anatómico importante de las lesiones tubarias y adopta una clasificación. Al mismo tiempo Seymour, Velpeau, Gallard y los médicos contemporáneos, tratan de describir la ovaritis y de separarla de las otras inflamaciones pelvianas.

De 1858 hasta 1860, Hernutz y Goupil, Scanzoni, Aran, reconocieron más o menos los caracteres de las lesiones inflamatorias de los ovarios y de las trompas, desde el punto de vista anatómico. Aran insistió sobre su importancia clínica y trató de demostrar, que la inflamación primitiva de las trompas jugaba el papel principal en las flogosis pelvianas, de que ella era a menudo el punto de partida. Con este objeto inspiró la Tesis de su discípulo Siredey que se intitulaba: "*De la frecuencia de las alteraciones de los anexos del útero en las enfermedades dichas uterinas.*" Brouardel demostró poco después, en su trabajo inaugural, la frecuencia de las lesiones tubarias en la tuberculosis genital (1865).

La historia clínica de las afecciones anexiales quedaba apenas esbozada y no comenzó a ser seriamente estudiada, sino a partir de la tentativa de Lawson Tait, que el 2 de Febrero de 1872, con propósito deliberado, practicó la laparotomía para quitar un ovario atacado de supuración crónica. La tentativa de Lawson Tait fué imitada inmediatamente por Hegar, Bantock, Martin, etc. Terrier y Terrillon, fueron los primeros en practicar la operación en Francia, y después de la comunicación de Routier a la Sociedad de Cirugía, el 14 de Noviembre de 1888, y de la importante discusión que la siguió, la cuestión óvaro-salpingitis, no tardó en volverse una de las más estudiadas de la Ginecología. Se aprendió enton-

ces a distinguir las lesiones desde su principio y se reconoció rápidamente, cosa que Aran había dicho ya, la parte tan importante que toma la salpingitis en las inflamaciones pelvianas, y la coexistencia tan frecuente de las lesiones del ovario y aún del peritoneo.

Es un asunto de importancia capital por consiguiente, saber qué las lesiones no se limitan a la trompa solamente; en general el ovario está alterado, sea primitiva, sea secundariamente; también existen al mismo tiempo lesiones del peritoneo. Por consiguiente, para dar a la enfermedad que nos ocupa, su nombre completo, debería llamarse ovarosalpingoperitonitis o al menos, oforosalingitis o tuboovaritis; pero para comodidad de nuestro trabajo adoptaremos, en el curso de esta tesis, el nombre de *Anexitis* para la lesión completa, sin enumerar sus elementos.

**PATOGENIA Y ETIOLOGÍA.**—La anexitis es la inflamación simultánea o sucesiva de la trompa y del ovario, provocada por el desarrollo en estos órganos de gérmenes piógenos.

La anexitis es una enfermedad de frecuencia mucho mayor de lo que se conocía. Winckel la ha encontrado 182 veces sobre 575 autopsias; Martín, en 8 años sobre 20,605 mujeres examinadas por él, los anexos del útero se encontraron enfermos en 1,363 casos. Se observa, sobre todo, durante el período de actividad genital de la mujer, es decir, entre 20 y 40 años; es rara en la vejez y excepcional en la infancia.

Todas las anexitis son de origen infeccioso; esta verdad está basada sobre innumerables pruebas clínicas, anatómicas y bacteriológicas. Otro hecho perfectamente comprobado es que esta afección es siempre secundaria a una infección de la vagina, del útero, del tubo digestivo o de la sangre. Aunque se haya encontrado en los abscesos anexiales un pus completamente estéril, no quiere decir que no haya habido gérmenes productores; porque se sabe hoy, que en estos casos, se han autolisado los microbios con sus propias toxinas.

De todas las causas provocadoras de las anexitis, la más frecuente es, sin duda, la infección de la mucosa uterina, la endometritis aguda o crónica, cuya enorme frecuencia explica, muy bien, la afección anexial. Por poco que una endometritis dure después de algún tiempo, dice Pozzi, las trompas son más o menos afectadas; pero sus síntomas ligeros no llaman la atención de los clínicos. En las metritis intensas con salpingitis ligera, no se sigue y no se trata sino la metritis, y por otra parte, en una anexitis intensa, una metritis ligera, causa de la anexitis, puede pasar desapercibida; por eso dice Broca, que no existe metritis crónica sin anexitis concomitante; pero que la intensidad de la anexitis no está en razón directa de la afección uterina, lo que otros cirujanos comprueban con observaciones auténticas, en las cuales, los anexos han sido

afectados sin lesiones aparentes de la mucosa uterina; siendo ésta la vía de infección.

Sweifel y otros, habían considerado las anexitis todas, causadas por la endometritis blenorragica; pero esa exageración ha desaparecido, por el conocimiento muy exacto de otras formas, si bien, la infección gonocócica dá un 80 % en general, como máximo; otros aceptan 43 %, y otros un 58 %. La infección puerperal viene en segundo término. La metritis inicial puede ser causada por un parto séptico, o por maniobras intrauterinas obstétricas sépticas; o más a menudo, como lo observa Pozzi, se trata de metritis post-abortum, debidas, en general, a la retención de residuos placentarios. La para-metritis y la anexitis, son la consecuencia fatal de esta afección primaria. El estreptococo es el agente patógeno, ya sólo o asociado al estafilococo o al colibacilo, y también al gonococo, cuando la infección post-partum o post-abortum, ha atacado un útero y anexos gonocócicos.

Las infecciones útero-vaginales banales, pueden ser también la causa de anexitis de la siguiente manera:—1.º Las exploraciones intrauterinas sépticas, como la histerometría, ciertas intervenciones con asepsia insuficiente, como el raspado, la amputación o dilatación del cuello.—2.º Los tumores del útero pueden complicarse de anexitis; un fibroma intracavitario, un epiteloma del cuello, pueden por ejemplo, causar en la cavidad uterina, retenciones sépticas. Bajo la influencia de una exploración un poco brutal, de una intervención insuficientemente preparada, la virulencia microbiana se exalta, y se establece la propagación paramétrica y anexial; y 3.º Las anexitis sápricas son debidas, a la simple exaltación de la virulencia de los microbios saprófitos y epífitos de la vagina; es así, como Begouin y Rouville, explican las anexitis supuradas en las jóvenes vírgenes, completamente ajenas de otro género de infección.

Las anexitis metastásicas son debidas a la localización ovárica de una infección sanguínea; tales como la escarlatina, el sarampión, la viruela, la fiebre tifoidea; esta última produce dicha complicación en el curso de la enfermedad o poco tiempo después, como en el caso de una mujer observado por Chaput, que tuvo al 27 día de su fiebre, una anexitis aguda supurada, que se había impuesto por una perforación intestinal; o ya la anexitis, es tardía como en los casos de Sweifel, 10 años y de Koch 12 años después.

La anexitis urleana, que se observa en las epidemias de paperas, ha sido últimamente estudiada por Cheynel. Andrews ha reunido 14 casos de anexitis supuradas por neumococos. La influenza, el reumatismo y las anginas, han dado también casos de anexitis supuradas.

Las infecciones crónicas a su vez, dan también anexitis específicas como la tuberculosis y la sífilis. Las anexitis parasitarias

están muy bien estudiadas por Bastianelli, que ha presentado casos con un blastomiceto en la pared de la trompa inflamada.

Los ovarios pueden también reaccionar en el curso de ciertas intoxicaciones, pues se han descrito ovaritis debidas a la intoxicación por el fósforo, el arsénico y el mercurio.

Las anexitis de origen intestinal han sido señaladas por primera vez por Pozzi. Son lo más a menudo consecutivas a la apendicitis. Pankoff asegura 22 % y otros consideran mucho menos. La propagación de la infección se hace: por el contacto del apéndice inflamado con la trompa, o por la corriente de un líquido séptico apendicular, en la cavidad tubaria, como en el caso de Morison; por intermedio de la serosa peritoneal; y por último, la mayor parte de los cirujanos piensan, que el contagio se hace a favor de la red linfática neoformada, en el seno de adherencias y exudados que comunican un foco apendicular o una ansa intestinal enferma, (enteritis, fiebre tifoidea, etc.) con los anexos absolutamente sanos.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**—Comprende las lesiones del peritoneo, de la trompa y del ovario.

**Lesiones del peritoneo.**—Es excepcional que el peritoneo sea indemne; siempre hay lesiones de pelviperitonitis, cuya extensión y gravedad varía mucho.

Si se trata de una salpingitis catarral ligera, todo puede reducirse a un simple despulimiento de la serosa en la vecindad del pabellón tubario, y a algunos exudados filamentosos entre este pabellón y una franja epiplóica; o a débiles adherencias entre la trompa y el ovario. En general, las lesiones son más serias; en lugar de exudados filamentosos en tela de araña, se nota que el ovario y la trompa, sólidamente soldados entre sí, forman una masa fija en el Douglas y tienen conexiones más o menos resistentes con una ansa de intestino y con el epiplón. Otras veces la trompa, transformada en una bolsa quística, que Pozzi llama quiste tubo-ovariano, se encuentra soldada al recto por adherencias, de tal manera íntimas, que es imposible desprenderlas sin desgarrar el intestino. En las lesiones más graves bilaterales, apenas se puede reconocer y orientarse en medio de una masa compacta, formada por el epiplón, el útero y los anexos con las ansas intestinales, de manera, que toda relación anatómica está perdida y el cirujano no tiene más arma que su mucho tino y experiencia para despejar el campo.

**Lesiones de la Trompa.**—Adoptaremos la clasificación de Pozzi, que distingue: la salpingitis no quística y la salpingitis quística.

**Salpingitis no-quística.**—En la forma ligera, llamada catarral, la trompa es uniformemente hipertrofiada, tumefacta, roja, con su

del órgano hay falsas membranas que lo unen al ovario, al intestino, al epiplón; examinando la cavidad tubaria, se ven los pliegues normales hipertrofiados y bañados de mucus. Los orificios uterino y abdominal son permeables. El microscopio enseña los pliegues de la mucosa erizados de botones ricos en vasos e infiltrados de células embrionarias; la túnica fibro-muscular, es solamente hipertrofiada. Esto constituye la *salpingitis catarral aguda*.

En un período más avanzado se constituyen las lesiones de la salpingitis aguda purulenta no quística. Los signos inflamatorios son más notables; la trompa es más tumefacta, redondeada, jibosa; encerrando un líquido purulento que corre en el útero por el ostium uterino, porque el orificio abdominal está cerrado por la fusión de las franjas del pabellón tubario. La mucosa es roja, cubierta de vegetaciones que obliteran más o menos la luz tubaria, o determinan tabicamientos parciales, llenos de pus o de serosidad turbia; la pared del órgano es espesa, infiltrada de serosidad o de pus; el tejido conjuntivo está lleno de células migratrices; las pestañas vibrátiles ya no existen y las células epiteliales son deformadas.

En la salpingitis crónica, la trompa es hipertrofiada, espesa y dura; presenta adherencias a la pared pelviana, al Douglas, al intestino, al epiplón, etc. Estas adherencias, son ya friables o ya resistentes, imposibles de separar sin dañar los órganos. El ostium uterino puede ser permeable, pero el orificio abdominal está siempre obliterado por la unión de las franjas del pabellón. Las lesiones interesan también el espesor de la pared tubaria; se trata más bien de una salpingitis parenquimatosa crónica, que el Profesor Pozzi distingue en hipertrófica y atrófica.

**Salpingitis quística.**—Hay 3 variedades: el *piosalpinx*, el *hidrosalpinx* y el *hematosalpinx*.

**Piosalpinx.**—El quiste purulento de la trompa deriva de la salpingitis aguda purulenta. La trompa puede ser dilatada en totalidad, pero generalmente, son sus dos tercios nada más. El orificio externo está cerrado por la aglutinación de las franjas del pabellón; su orificio interno está cerrado por una o varios codos. Generalmente tiene el aspecto y el volumen de una pera arrollada sobre sí misma; pero se han descrito quistes del tamaño de una naranja, de un coco y aún más grandes. La superficie externa siempre cubierta de falsas membranas se fija al ovario, al útero, a la pared pelviana o al Douglas; esta última disposición es la más corriente. Es también común encontrar el piosalpinx unido al epiplón, al intestino, a la vejiga, al recto y al apéndice. El pus contenido en la cavidad es espeso, amarillo cremoso, a menudo horriblemente fétido. La pared tubaria está infiltrada de células

*Hidrosalpinx*.—Cuando la inflamación se detiene, el absceso se cambia en una colección serosa, por una especie de clarificación del pus, cuyos elementos sólidos se depositan sobre la pared, en tanto que la serosidad aumenta; éste parece ser el origen de la mayoría de los hidrosalpinx según Pozzi. El tumor es poco voluminoso, liso y sin adherencias; el contenido de la bolsa es casi siempre estéril.

*Hematosalpinx*.—En general, la sangre proviene de una hemorragia sobrevenida en un hidrosalpinx o un piosalpinx. Esta sangre puede ser de color chocolate y de consistencia siruposa o bien líquida, clara, mezclada de serosidad o de pus. El volumen de las bolsas es poco considerable, apenas llega al de una pera; las paredes de la bolsa son delgadas con algunas zonas espesas. El hematosalpinx puede ser producido por una apoplejía de la trompa en el curso de perturbación menstrual, ocasionada por un enfriamiento, un traumatismo, etc.; o puede ser la consecuencia de un embarazo tubario detenido en su curso por la muerte prematura del embrión que se ha reabsorbido.

*Lesiones del ovario*.—En la salpingitis catarral ligera, el ovario está a menudo indemne; pero es excepcional que permanezca intacto al lado de una trompa supurada.

En la ovaritis aguda simple, la glándula está congestionada, aumentada de volumen y cubierta de falsas membranas. En un segundo período, hoy ovaritis difusa; el órgano es hipertrofiado, infiltrado de líquido, lleno de quistes foliculares de contenido seroso o sanguinolento. Cualquiera que sea la lesión, el proceso toca a la resolución, a la supuración o a la degeneración esclerosa.

En la ovaritis supurada, se encuentran abscesos miliarenses en el interior de los folículos; estos abscesos se fusionan para formar una o varias cavidades purulentas, limitadas por una concha fibrosa, en el seno del tejido ovariano más o menos comprometido; en ciertos casos el ovario está ahuecado de alveolos llenos de pus, constituyendo una esponja purulenta; en otros casos la glándula está transformada en una bolsa única, tapizada de vegetaciones que bañan en el pus. Estos abscesos están siempre cubiertos de falsas membranas, de adherencias que circunscriben cavidades donde se derrama el pus. No es raro también, encontrar el ovario purulento comunicando con piosalpinx, formando los abscesos tubo-ováricos de Pozzi. El pus de la ovaritis supurada es espeso, cremoso, verdoso, fétido; su cantidad varía entre 200 y 300 gramos. El volumen del órgano, raramente llega a pasar al de una mandarina. El período inflamatorio puede retroceder y se han visto abscesos reabsorberse y desaparecer completamente; pero en casos graves, el regreso al estado normal es muy raro.

La ovaritis crónica se presenta bajo varias formas; las prin-

hiperplasia del tejido conjuntivo y aumento de volumen de la glándula; la hiperplasia es cortical o parenquimatosa; pero de todos modos compromete la vitalidad de los folículos.

En la *ovaritis atrofica*, el ovario es pequeño, marchito, muy duro; los folículos han desaparecido; la glándula es por decir así destruida.

## EVOLUCION DE LAS LESIONES

*Trompa*.—Todo puede terminarse por resolución y *restitutio ad integrum*, pero en casos muy excepcionales, según los autores alemanes; en general, en las formas graves, el paso al estado crónico con degeneración fibrosa del oviducto es la regla.

En el curso de la evolución es raro que el piosalpinx se vacíe en el útero; la ruptura de la bolsa puede suceder bajo la influencia de la super-distensión, por un traumatismo o por la torsión del pedículo. El derrame del pus en el peritoneo es casi siempre causa de una peritonitis mortal, a menos que la colección purulenta sea estéril. Puede suceder también, que la bolsa se vacíe en una cavidad superficial circunscrita por falsas membranas; constituyendo una peritonitis enquistada sin mayor gravedad inmediata. Se ha visto la trompa quística contraer adherencias con el recto, la vejiga, la vagina, la pared abdominal y abrirse en una de estas cavidades. Tuve la suerte de ver un caso de quiste dermoide del ovario supurado en comunicación con la pared abdominal, formando un absceso en botón de camisa. La abertura en el recto es la más común y constituye un modo de curación espontánea.

*Ovario*.—Las mismas consideraciones se aplican al absceso ovárico; la glándula puede ser también interesada en una torsión tubaria; se ha visto grandes abscesos ovarianos abrirse en el recto, en el peritoneo, etc. Si la infección ha sido grave, el proceso toca a la esclerosis total del órgano y a la supresión de sus funciones.

## SINTOMAS

Hemos establecido que las anexitis son una afección secundaria, que sucede casi siempre a una infección del endometrio, a una endometritis. En ciertos casos poco frecuentes, la invasión de la trompa y del ovario es contemporánea de la infección uterina: el principio es repentino, alarmante, febril, acompañado de dolores vivos, de meteorismo, de vómitos: la infección ha tocado simultáneamente la vagina, el útero, los anexos y el peritoneo pelviano; allí una verdadera linfangitis pelviana. Desde los primeros días, el tacto vaginal revela la presencia de colecciones tubarias luminosas. Estas formas graves provienen ordinariamente de

En general, la enfermedad se establece de una manera insidiosa y no es reconocida, sino después de la desaparición de los fenómenos agudos que han acompañado la endometritis, su punto de partida.

Hay que considerar varias formas. Ya se ven las lesiones anexiales manifestarse inmediatamente después de la curación o la remisión de la endometritis, y en ese caso la anexitis no es sino su continuación. Otras veces, un tiempo más o menos considerable ha corrido entre la evolución de la endometritis y la aparición de los trastornos anexiales: la mejoría parece tal, que la enferma se cree definitivamente curada; pero bajo la influencia de una causa banal, en ocasión de las reglas, aún sin motivo apreciable, aparece una recrudescencia que se parece al primer ataque, y que el examen de la pelvis muestra los anexos seriamente afectados. En algunas mujeres parece que la metritis se prolonga; aunque los síntomas agudos hayan disminuido notablemente la enferma se queja de pesantez en el vientre, de tiramientos lumbares y marcha un poco encorvada hacia adelante; al examen se encuentra una metritis crónica complicada de anexitis uni o bilateral; por último, en algunos casos que son poco frecuentes, la infección inicial ha pasado casi desapercibida, la enferma no se recuerda haber padecido del vientre después de dos o tres años; en seguida padece de pesantez hipogástrica, de tiramientos lumbares, pero sobre todo, lo que le preocupa es una leucorrea abundante, amarilla y rebelde. Al examen se descubren siempre los anexos más o menos afectados.

Fuera de los ataques agudos, los síntomas funcionales de las anexitis no tienen nada de muy característico: los dolores espontáneos, no difieren gran cosa de los que produce la endometritis ordinaria; consisten principalmente en sensación de pesantez con irradiaciones dolorosas a la parte superior de los muslos, del perineo, de la región lumbar. En ocasión de la marcha, de la estación prolongada, aparecen verdaderas crisis que tienen su mayor intensidad a los lados del útero; a menudo unilateral y correspondiendo al lugar de las lesiones anexiales más graves; esto constituye un carácter diferencial con la endometritis simple que no presenta esta localización.

Conviene agregar que nada es tan variable como la agudeza de estos dolores: algunas mujeres sufren continuamente y no se alivian sino acostadas; en otras el dolor es soportable, permitiendo las ocupaciones ordinarias; y por último, otras no sufren apenas, sino durante las reglas, que las obligan a tomar la cama; pero que una vez esto pasado, parecen muy sanas. En casi todas estas enfermas no es tanto la intensidad del dolor, cuanto la tenacidad del mismo, que constituye un verdadero impedimento.

Del lado de la menstruación se observan trastornos que dependen, no de la salpingitis, sino más bien de la metritis crónica.

A menudo la regla es abundante, y con cólicos uterinos intensos; pero puede ser normal o faltar completamente; las metrorragias propiamente no son frecuentes; pero la mayor parte de las enfermas padecen de leucorrea abundante, de que la endometritis es la causa principal, aunque se ha visto algunas veces las salpingitis vaciarse por el útero.

De lo dicho se deduce que las anexitis no tienen ningún síntoma patognomónico en sus trastornos funcionales; no así en los signos físicos.

El tacto vaginal nos dá datos sobre la movilidad del útero, sobre los fondos de saco vaginales, pero sin poder afirmar con eso ninguna cosa.

Otro tanto se puede decir de la palpación abdominal aislada; ella provoca siempre dolores en los anexos o permite apreciar un cierto empastamiento o un verdadero tumor, cuando el abdomen no está meteorizado como en los casos agudos.

La percusión revela la matitez de colecciones o tumores anexiales en ausencia de todo balonamiento.

El tacto rectal llena aquí un gran papel; nos enseña el contenido del Douglas, donde encontramos algunas veces los anexos inflamados y adheridos. Con el dedo introducido en el recto, se siente que esta región está llena por una colección líquida o una masa más o menos voluminosa, desigual y muy dolorosa a la presión; a menudo estos tumores invaden los fondos de saco laterales, raramente los dos a la vez.

Es la exploración vagino-abdominal o palpación bimanual la que permite descubrir signos de seguridad; sólo ella puede dar señales completas y precisas sobre el estado del aparato útero-anexial; se impone en todo examen ginecológico, haya o no sospechas de una infección tubo-ovárica.

Por la palpación bimanual, se reconoce que el útero no tiene su movilidad normal y que la impulsión hecha con el dedo vaginal, provoca un dolor a menudo agudo que hace gritar a la enferma. Esta disminución de la movilidad puede llegar hasta la inmovilidad completa, si las lesiones son bilaterales y acompañadas de exudados peritoneales extensos. El cuello está desviado a la derecha o a la izquierda, raramente hacia arriba; esta desviación se ve en las anexitis unilaterales o bilaterales, cuando un lado es más afectado que otro.

En el curso de las investigaciones sobre los fondos de saco vaginales, el cirujano advierte la presencia de una masa ligeramente redondeada, de consistencia más bien dura, muy dolorosa a la presión y distinta de la matriz; en realidad nada es más variable que el volumen, la forma y la consistencia de los tumores anexiales. Unas veces es una bolsa fluctuante prolabada al fondo lateral y adherida; otras veces se nota una masa muy pequeña, sentida

por la mano abdominal y apenas accesible al dedo vaginal; o bien es en el Douglas que se encuentra el tumor anexial y el útero echado hacia adelante y arriba. En ciertos casos estas masas son más o menos iguales de cada lado de la matriz, o hay alguna diferencia notable de volumen entre ambas; y en otros casos se encuentra de un lado, un tumor circunscrito como una mandarina y del otro lado un enorme magna difuso llenando el Douglas, el fondo de saco lateral y puede llegar la bolsa tubaria a contraer adherencias con el epiplón y con la pared posterior de la pelvis, de manera que la mano vaginal no siente absolutamente nada.

En general el tumor anexial se distingue muy bien de la pared uterina; puede haber un verdadero canal entre los dos órganos; pero también la trompa y el ovario se unen entre sí, y a la matriz, de manera que dan la idea de un fibroma subperitoneal.

La consistencia de los tumores anexiales es variable; entre la dureza casi leñosa de ciertas salpingitis crónicas hiperplásicas y la blandura de los anexos llenos de serosidad o de pus, hay todos los intermedios.

En resumen, por los signos físicos se caracterizan las anexitis así: tumor lateral con relación al útero, del tamaño de un huevo, de una mandarina o de una naranja; poco móvil, netamente distinto de la matriz, de consistencia más bien dura, muy sensible a la presión de los dedos.

### DIAGNOSTICO

La existencia de lesiones inflamatorias de los anexos es ordinariamente fácil de reconocer; pero por el contrario, muy difícil de precisar la variedad. El dolor localizado, sólo o unido a otros trastornos funcionales, dismenorrea, leucorrea, etc., es insuficiente para llegar al diagnóstico; debe ser siempre corroborado por los signos físicos. La investigación de estos signos es difícil en mujeres sensibles, muy nerviosas o de paredes abdominales gruesas; en cuyo caso hay que recurrir a la anestesia general.

Los errores de diagnóstico son a menudo frecuentes, porque las anexitis pueden ser confundidas en sus diferentes variedades. Las anexitis catarrales simples, sin verdaderos tumores, son sobre todo, confundidas con la metritis y las afecciones neurálgicas del abdomen; los piosalpinx son confundidos a menudo con otros tumores pelvianos y abdominales.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La salpingitis catarral es difícil de distinguir de la metritis que la acompaña, la precede de ordinario y presenta los mismos signos funcionales. Las dos afecciones son raramente aisladas.

A menudo la metritis se acompaña de un ligero grado de salpingitis, insuficiente para dar nacimiento a signos físicos apreciables. En todos los casos corrientes, el diagnóstico es únicamente basado sobre la presencia de signos físicos de anexitis.

La ovaralgia es muchas veces difícil de reconocer. Sin embargo se manifiesta espontáneamente en el curso de ataques de histeria, y se acompaña de estigmas (anestias, zonas histerógenas, anestesia faríngea, estrechez del campo visual, etc.). Como la presión la provoca, es embarazoso distinguirla de la sensibilidad exquisita de los ovarios escleroquísticos, que por otra parte se encuentran en las neurópatas; será casi imposible separar lo que pertenece a la lesión ovárica y lo que puede dar el temperamento nervioso de la enferma.

La neuralgia lombo-abdominal que acompaña ciertas metritis, asienta principalmente en la pared abdominal. En esta afección la palpación de los anexos puede parecer dolorosa a causa de la presión sobre la pared; pero en exámenes sucesivos y variados se puede establecer la distinción.

Cuando la salpingitis está prolabada en el Douglas puede confundirse con el prolapso simple de los anexos, la retroflexión, los pequeños fibromas de la pared posterior, y el enterocele posterior.

*El prolapso simple de los anexos* que se encuentra en los casos de descenso uterino ligero con perineo insuficiente, se distinguirá por su blandura, su movilidad posible, su poca sensibilidad a la exploración. No hay que olvidar que este prolapso se acompaña, a menudo y pronto, de lesiones inflamatorias.

*La retroflexión uterina*, sobre todo cuando es adherente y dolorosa, no es fácil distinguirla. Será reconocida por el cateterismo y la reducción, cuando ésta es fácil por la comprobación de la cresta uterina mediana posterior. Hay que tener presente que la retroflexión y la anexitis coexisten con frecuencia, y que la lesión anexial es a menudo la causa de retroflexiones adherentes.

*Los pequeños fibromas posteriores* forman como ciertas salpingitis un tumor duro y redondeado en el Douglas, no pueden ser diferenciados por el tacto vaginal sólo, sino también por el tacto rectal, que los muestra independientes de los cuernos uterinos; de ordinario movibles con el útero. Además, la presión apenas dolorosa para el fibroma provoca, al contrario, un dolor muy agudo en la salpingitis, cuya evolución por otra parte, es completamente diferente.

*El enterocele posterior*, que deprime el Douglas, forma un tumor blando pastoso, que podría ser tomado por una salpingitis en dicho fondo de saco. Pero este es ordinariamente poco sensible, casi siempre reductible, y estos dos caracteres bastan para permitir el diagnóstico.

En cuanto a las *salpingitis quísticas*, que sean prolabadas al Douglas o queden laterales, los tumores de la pequeña pelvis y en particular los pequeños quistes del ovario y del ligamento ancho, ciertos fibromas intersticiales o ligamentarios, los embarazos ectópicos y sobre todo tubarios, es con ellos que deberá hacerse el diagnóstico.

*Los pequeños quistes del ovario y del ligamento ancho*, son en general, de superficie más claramente redondeada, más lisa, de consistencia igual; son poco sensibles y no presentan ordinariamente paroxismos; son también netamente independientes del útero. Sin embargo ciertos quistes dermoides más duros, a menudo dolorosos, son difíciles de distinguir; así como ciertos quistes intraligamentarios que son francamente laterales y mal separados del útero.

*Los fibromas uterinos* son fáciles de confundir con las anexitis. Su consistencia dura les distinguirá fácilmente de las bolsas quísticas; pero cuando son laterales, intraligamentarios y poco móviles, el diagnóstico diferencial es más delicado con las salpingitis de paredes espesas y duras. Son sin embargo menos dolorosos que aquellas, tienen una superficie más lisa y no presentan crisis paroxísticas. En casos dudosos, el cateterismo mostrará un agrandamiento de la cavidad uterina que no existe en las anexitis. La historia clínica de las dos enfermedades es muy diferente; no obstante, en ciertos fibromas quísticos, el diagnóstico es casi imposible.

*El embarazo tubario*, durante los cuatro primeros meses, presenta a menudo los mismos signos que la salpingitis. La supresión de reglas cuando existen, el reblandecimiento del cuello, la hipertrofia uterina y, sobre todo, la expulsión de una caduca, son los únicos signos de probabilidad. Muchas veces el diagnóstico queda confuso, y las operaciones que se han emprendido por salpingitis presuntas, han causado la extirpación de quistes fetales.

Hay algunas otras enfermedades que pueden confundirse con la anexitis, tales como la *adenitis pelviana* bastante rara e indeterminada; la *adeno-infitis*, peri-uterina o edema agudo peri-linfático de Pozzi, cuya consistencia blanda, evolución y desaparición rápida son buenos signos diferenciales; el *enterocele adhesivo posterior* de Doléris, forma en el Douglas un tumor adherente, sensible, muy difícil de separar de la salpingitis posterior.

En cuanto al diagnóstico de una salpingitis con un *cuerno uterino suplementario*, es imposible.

Cuando las salpingitis son rodeadas de una gruesa masa de pelvi-peritonitis, será algunas veces posible reconocer ésta sin poder afirmar que está ligada a una inflamación anexial. Otras veces la salpingitis será confundida con un hematocele retro-uterino. En los casos el útero fijado por falsas membranas es empujado por una masa posterior, dura y mal limitada. Son principalmente la marcha de los síntomas, la historia diferente del primer

cipio y la evolución clínica, que permitirán el diagnóstico. Los flegmones del ligamento ancho, se distinguirán de la salpingitis que se acompañan de plastrón abdominal, por su desenvolvimiento rápido y su relación constante con un parto reciente.

Pero lo que es más difícil establecer, es el diagnóstico entre la salpingitis y la apendicitis. Muy a menudo la identidad casi absoluta de los síntomas hace el diagnóstico muy espinoso. Los errores han sido cometidos en los dos sentidos; apendicitis se han tomado por anexitis y recíprocamente.

De ordinario en la apendicitis los fenómenos peritoneales, son desde el principio más intensos y más graves que en las inflamaciones anexiales; el balonamiento es más pronunciado, la paresia intestinal más acusada, la temperatura más elevada. Además en la apendicitis, los fenómenos van acentuándose; se calman al contrario poco a poco en las crisis anexiales.

Algunas veces las dos lesiones coexisten, lo que aumenta la dificultad del diagnóstico. Sin embargo, cuando ellas se superponen y sobre todo, que es el caso más frecuente, cuando la apendicitis es consecutiva a la anexitis, es crónica de una vez, latente, insidiosa y afecta poco el peritoneo; puede haber, sin embargo, algunas crisis apendiculares agudas.

Frecuentemente en presencia de una anexitis más o menos caracterizada, la apendicitis se revelará por un dolor sordo, constrictivo, persistente, predominando a la derecha, aún si existe una lesión anexial izquierda. La salpingitis derecha, adherente al apéndice inflamado, será difícil de limitar en su parte posterior y subirá más alto a la derecha que a la izquierda. En casi todos los casos el diagnóstico será muy difícil y necesitará un análisis severo, minucioso y racional de todos los síntomas, unido a un examen físico muy metódico y preciso.

### DIAGNOSTICO DE LAS VARIETADES

Se puede llevar bastante lejos el diagnóstico y reconocer la variedad de salpingitis que se presenta al observador; pero esto raramente es posible, por el peligro que se corre de cometer muchos errores.

Las salpingitis quísticas serán, por su masa y su volumen, fáciles de diagnosticar sin precisar la naturaleza del líquido contenido.

El *hidrosalpinx* es ordinariamente poco doloroso, móvil, más o menos fluctuante, que se coloca a menudo atrás del útero que reposa sobre él, como sobre un cojinete. Ciertos cirujanos han podido reconocer el piosalpinx, que forma un tumor de paredes espesas, duras, muy adherentes; que dá lugar a brotes frecuentes de perisalpingitis y a fiebre aún fuera de todo ataque. Pero no

obstante que la fiebre puede también presentarse en otras formas estos signos son a menudo poco netos. La existencia de fistulas indicará la presencia de una bolsa purulenta.

El *hematosalpinx* es ordinariamente lateral y aún unilateral, es corrientemente móvil. Es debido, en general, a un embrazo tubario y podrá ser reconocido por los signos ordinarios de esta afección; pero ha sido también desconocido.

Las *aneixitis tuberculosas* son casi imposibles de distinguir de los piosalpinx ordinarios, a pesar de la frecuencia más grande de las formas agudas. No presenta signos distintivos y no son sospechadas sino cuando existen otros focos tuberculosos.

La *ovaritis escleroquistica* será fácilmente reconocible sobre todo cuando esta aislada y no se acompaña de salpingitis voluminosa. Puede ser afirmada aún en mujeres con trastornos nerviosos exagerados; y en las cuales se puede sentir netamente un ovario grueso, irregular, más o menos móvil, extraordinariamente sensible al tacto, de consistencia dura o renitente.

La *ovaritis supurada* aislada se reconoce, según Manger, en los caracteres siguientes: tumor duro, situado hacia arriba, indolente, irregular, independiente del útero; dando la sensación de una bolsa renitente. Es a menudo confundido con los fibromas.

En resumen, el cirujano, cualquiera que sea el tumor anexial, debe fijar su atención en la movilidad o fijeza, apreciar sus relaciones con los órganos vecinos, el grado de celulitis o pelviperitonitis que lo rodea; para poder establecer con certeza la necesidad y la naturaleza de la intervención que se propone llevar a cabo.

## PRONOSTICO

El pronóstico de las aneixitis es siempre serio. Las formas catarrales recientes son, sobre todo si están bien tratadas, susceptibles de curar completamente, en el sentido clínico; pero esta curación, menos rara de lo que se cree, no es sin embargo sino para un pequeño número de casos.

Todas las formas crónicas quísticas o no, son afecciones graves, pudiendo por los accidentes que provocan (peritonitis, rupturas viscerales, hecticidad, etc.) causar la muerte. Esto es sobre todo un hecho para los piosalpinx graves.

Pero si, en la mayor parte de los casos, las salpingitis no comprometen directamente la existencia, son muy difíciles de curar; de una duración interminable, y hacen a las enfermas más o menos completamente inválidas. Hay que agregar que pueden ser objeto de operaciones a menudo bastante graves y algunas veces mortales.

Por último, ordinariamente cuando las anexitis son bilaterales deben ser consideradas como una causa de esterilidad, aunque no de una manera absoluta, y motivo preponderante de los embarazos ectópicos.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la anexitis comprende dos asuntos importantes: el *tratamiento médico* y el *tratamiento quirúrgico*.

El *tratamiento médico* a su vez comprende un sinnúmero de procedimientos perfectamente conocidos y tratados magistralmente en todas las obras de Ginecología; pero para no ser muy extenso en pormenores, me referiré al que empleamos en nuestras clínicas del Hospital, que no obstante estar en condiciones inferiores de elementos, no hemos tenido qué lamentar con relación al éxito.

Consiste principalmente para los casos agudos, en reposo absoluto en la cama, en purgantes, hielo constantemente en el vientre, irrigaciones calientes, vaginales y rectales, y modificadores del estado general. Siempre o casi siempre, hemos logrado enfriar estos ataques agudos y cuando las temperaturas han cesado y el estado general es mejor, nuestras enfermas son llevadas a la mesa de operaciones.

*Tratamiento quirúrgico.*—El tratamiento quirúrgico de las anexitis aunque relativamente moderno, ha atravesado varias etapas. Largo tiempo las intervenciones quirúrgicas se limitaron a las operaciones de urgencia, tales como las incisiones de bolsas fluctuantes, y de abscesos prominentes en el fondo de saco vaginal o en la pared. Como esta operación debidamente indicada ha tenido algunos éxitos, la incisión es el primer método quirúrgico que fué empleado.

Es a partir de 1872 que, bajo la iniciativa de Lawson Tait, comienza verdaderamente el tratamiento quirúrgico de las salpingitis. Fué el primero que tuvo la idea de quitar los anexos enfermos a través de la laparotomía, operación que inmediatamente se generalizó en todas partes.

Pero pronto, a causa de ciertos fracasos, de dolores post-operatorios, Péan imaginó quitar el útero por la vagina para permitir la evacuación fácil de las supuraciones pelvianas, suprimiendo, según él, la barrera que cerraba la cavidad convertida en absceso. Nació allí la histerectomía vaginal, preconizada por el mismo Péan, vulgarizada por Ségond, y comprendiendo después la extirpación o no extirpación de los anexos.

Poco después, debido a los progresos de la cirugía abdominal, en presencia de las dificultades a menudo extremas para hacer, en los casos complicados, una operación completa por la vagina, se ensayó aplicar a la cura de las anexitis la histerectomía abdo-

minal total con ablación de los anexos enfermos. Este método, nacido en América, tiende hoy a sustituir, en muchos casos, a la histerectomía vaginal en condiciones que veremos adelante.

Por último, en presencia de ciertas enfermas que quedan dolorosas después de la castración total, y por el conocimiento más completo de las lesiones y de los tipos clínicos; algunos cirujanos han inaugurado una cirugía llamada conservadora, la cual tiene por objeto conservar en lo posible el aparato genital, limitándose a suprimir las partes muy profundamente alteradas de la trompa o del ovario.

Los métodos quirúrgicos empleados en la cirugía anexial se dividen en 3 grupos: 1.º, la *salpinguectomía* o *ablación simple de los anexos* que se ejecuta por vía abdominal o por la vagina; 2.º, la *histerectomía* con o sin ablación de los anexos por vía vaginal o abdominal; y 3.º, las *operaciones conservadoras* entre las cuales comprenderemos también el viejo método de la *incisión*.

Ahora bien, como ley general, nos conviene precisar los límites de acción del tratamiento quirúrgico.

Este tratamiento no debe ser aplicado indistintamente a todas las enfermas, ni desde el principio de la afección, puesto que la terapéutica médica puede por sí sola, ventajosamente, salvarnos de muchos fracasos. Así como lo dice muy juiciosamente el Profesor Ségond: "las intervenciones graves deben ser escrupulosamente reservadas a las mujeres en las cuales es manifiestamente imposible contentarse con una cirugía conservadora, sea que se tenga la conciencia de haber agotado los recursos, sea que la urgencia del caso particular impida toda contemporización."

Siguiendo estas máximas, las operaciones pueden ser indicadas más o menos en todas las formas de anexitis: salpingitis catarral o intersticial de fecha antigua, ovaritis quística con o sin peri-ovaritis, hidrosalpinx, hematosalpinx y todas las formas de piosalpinx. Se deduce, pues, que la cirugía debe guiarse, no solamente conforme a la naturaleza de las lesiones, sino según la edad, la intensidad o gravedad de los síntomas locales y generales; y sobre todo, según la incurabilidad demostrada de la afección.

La determinación exacta del momento de la intervención, a cuyo objeto están escritas estas líneas de mi tesis, está sujeta al tino y experiencia del cirujano en primer término, al estado social de la enferma y al pronóstico de la operación. Pero como norma de conducta, es preciso siempre operar en frío cuando nos sea posible, es decir, fuera de los ataques y períodos agudos; a menos que, durante este estado agudo, la formación de un absceso, la amenaza de su ruptura espontánea, el desarrollo de una infección general, no nos obliguen a intervenir con urgencia.

## INDICACION OPERATORIA DE LAS ANEXITIS EN PARTICULAR

*Anexitis gonocóccicas.*—La indicación operatoria dependerá del pronóstico de la anexitis y de las consecuencias de la operación. El pronóstico de las anexitis gonocóccicas ha evolucionado de una manera notable, desde las experiencias de Sãnger, Schauta y otros, en que se exageró demasiado el curso de la gonococcia ascendente; y aún en el Congreso Ginecológico de Breslau, se emitieron opiniones desfavorables respecto a la curación espontánea de las afecciones gonocóccicas, si bien, hay que entender, que la palabra curación radical no es en el sentido anatómico, sinónima de *restitutio ad integrum*, sino en el sentido de la desaparición de las molestias subjetivas de la paciente, y la mejoría de los síntomas objetivos, con permanencia de adherencias y aglutinación de las franjas del pabellón tubario.

Al tratar del pronóstico de la gonococcia ascendente, hay que ocuparse de dos puntos esenciales: 1.º, hasta qué punto retrogradan los síntomas subjetivos durante el reposo; 2.º, cuánto tarda en establecerse la función generadora normal, de modo que el útero sea capaz de anidar el huevo, y la trompa permita la cópula entre el semen y el óvulo.

De las observaciones seguidas en la Clínica de Zweifel, entre la gente trabajadora, en las supuraciones anexiales, principalmente gonocóccicas, se ha notado que el tratamiento expectante, con exclusión del quirúrgico, ha logrado el restablecimiento de las enfermas, principalmente de los síntomas subjetivos.

Entre los 88 casos observados en la Clínica de Leipzig no se registró ninguno en que la *restitutio ad integrum* fuese completa; aún después de muchos años los datos exploratorios no eran normales. En casi la mitad de los casos, debido a la reabsorción del saco purulento, situado en el fondo de Douglas, el útero se halla en retroflexión o retroversión y firmemente adherido.

Respecto al segundo punto se ha comprobado, que durante el tiempo que estuvieron las enfermas en observación, que fué de cuatro años, más o menos, fueron estériles, no habiéndose comprobado ni una sola concepción; sin embargo, después de una salpingitis gonocóccicas se presentó una concepción tardía, pero sin comprobación primaria de un saco purulento.

Por lo tanto, se puede afirmar, que en la mayoría de casos, en que se compruebe la presencia de un piosalpinx, después de un tratamiento expectante de tres a seis semanas, las enfermas pueden dedicarse a sus oficios domésticos; esto, sin embargo, no es muy duradero, porque en general, las recidivas son frecuentes sobre todo en la clase trabajadora, de tal manera que les hace imposibles sus ocupaciones habituales.

El tratamiento expectante seguido en la Clínica de Leipzig, es el siguiente: en el estado agudo, fueron administrados purgantes salinos; como antiflogístico, bolsas de hielo sobre el abdomen, y en las febricitantes se ordenó el reposo en cama; en esta forma fueron tratados treinta casos con sacos purulentos. Al pasar al estado subagudo, se ponen taponos empapados en ictiol y duchas vaginales calientes, baños de asiento a 38 grados. Después de tres a ocho semanas las enfermas salen curadas.

La indicación del tratamiento operatorio está sujeta a la extensión de las lesiones y al estado actual de la enferma.

*Resultado de los diversos métodos operatorios empleados en el tratamiento de las anexitis.*

El proceso operatorio de la piosalpingitis gonocócica ha sufrido, en el curso del tiempo, varias modificaciones variables con la localización de las lesiones; desde la incisión hasta la operación radical.

Landau, Hegar, Freund, etc., han recomendado la incisión del piosalpinx por la vagina o por la pared abdominal, cuando eran accesibles por estas vías y obtuvieron, en parte, resultados halagüeños; pero Schauta comprobó teóricamente y después por la experiencia de veinticinco por ciento de operaciones complementarias, que esos medios eran insuficientes, dadas las muchas sinuosidades y celdas que se forman en el saco purulento. Reinier ejecutó cincuenta y seis veces la incisión vaginal, debiendo en veintitrés casos complementarlas por operaciones radicales. Esta diversidad de opiniones se explica por no haber reconocido bastante, la etiología de la colección purulenta, limitándose a ejecutar la operación sin indicar, si el piosalpinx era gonocócico o séptico o si había un absceso en el fondo de Douglas.

En los piosalpinx sépticos o sápricos, que dan lugar a una gran colección y en los abscesos en el Douglas, procedentes de una peritifitis, basta generalmente la incisión y drenaje para el éxito; pero en las anexitis gonocócicas, no se abre una bolsa unilocular como en las anteriores, sino una cavidad con repliegues y tabicamientos, en los cuales, se oculta el microbio que allí encerrado puede esterilizarse por autólisis con sus propias toxinas; mientras que abierto, aumenta su virulencia y dá lugar a fístulas y complicaciones subjetivas.

Como en las anexitis las trompas son generalmente las más afectadas, el tratamiento acordado por muchos cirujanos, fué la salpinguectomía simple, con lo que, en su mayor parte, restablecían las enfermas de una manera no franca, pues en más de 50 % de ellas, según Zweifel, volvían los trastornos dolorosos y las metropatías consiguientes; puesto que, según Mengel, el gonococo persistiendo también en el miometrio y el perimetrio, o llegando por infección secundaria, daba lugar a nuevas manifestaciones después

de la operación. De aquí nació la oforo-salpinguectomía y la oforo-metro-salpinguectomía. Schauta presentó 56 % de curaciones con extirpación de anexos solamente y sin embargo no fueron definitivas las curaciones, por lo que trató una serie mayor con la operación radical, obteniendo en este caso hasta un 80% de curaciones definitivas.

Thaler presentó 93 y  $\frac{1}{2}$  % de resultados satisfactorios definitivos, sin embargo, que en 114 operaciones se han obtenido, por otros Cirujanos, 73 % de resultados buenos, 13 regulares y 13 malos.

La operación de elección en las anexitis supuradas, es en general, la histerectomía abdominal sub-total, con ablación de anexos salvo los casos en que se comprueba la completa libertad de los anexos, que puede elegirse la vía vaginal. El procedimiento tampoco puede ser previamente elegido, dadas las condiciones de adherencia y relaciones que presenten las bolsas purulentas con los órganos vecinos; pero en general, si el útero es bastante movilizable, pueden seguirse los procedimientos americanos.

La mortalidad por la vía vaginal, tiene siempre la ventaja sobre la otra vía, en una diferencia de 3 a 4 %; pero las extirpaciones incompletas de los anexos han hecho preferir la vía abdominal.

*Anexitis pútridas y sépticas.*—Los piosalpinx de esta especie, son relativamente raros, comparadas con las gonocóccicas; generalmente son debidas a procesos puerperales o a intervenciones intrauterinas. El poder bactericida de la secreción cervical es tan grande, en circunstancias ordinarias, que la ascensión espontánea de los gérmenes sépticos y pútridos, desde la vagina a través del útero, hasta las trompas, no tiene efecto sino en período puerperal. La infección de las trompas por vía hemática, por bacterias sépticas o pútridas, es inverosímil, porque faltan las condiciones de nutrición para el desarrollo de los gérmenes flotantes de la sangre; es también dudoso que la infección sea consecuencia de la contigüidad con un foco periapendicular, porque ellos pueden dar lugar a una perisalpingitis y no a una endosalpingitis, según Schridde.

*Indicación en el período agudo, de los piosalpinx.*—Los casos de una infección sobreaguda, como manifestación puerperal, o de una intervención intrauterina, tienen poca importancia en cuanto a la indicación de una operación; en estos casos absorbe toda la atención el estado del proceso séptico en el útero y en el peritoneo pélvico, de modo que el proceso anexial es casi insignificante para el curso de la afección. La trompa en este proceso, adquiere tan sólo un espesor mayor que sus paredes; generalmente por el extremo peritoneal de la misma, que casi siempre continúa abierto, se

vierten, por una ligera presión, unas gotas de secreción purulenta que contiene estreptococos y bacterias sápricas en gran cantidad. Si se proyectase una operación, sólo estaría indicada la extirpación total por vía vaginal, del útero con los anexos; para el pronóstico y ejecución de esta operación, el proceso coetáneo de las trompas, no tiene ninguna importancia; de modo que por él, no habría que hablar de operación.

*Indicación en el período crónico.*—Una endometritis originada en los primeros días del puerperio, puede evolucionar con manifestaciones generales sépticas de poca intensidad; el flujo purulento, abundante en un principio y las elevadas temperaturas, ceden paulatinamente y las enfermas curan, pero después de una semana aparecen nuevos dolores en el bajo vientre; se forman nuevos tumores pequeños o grandes, uni o bilaterales, con adherencias intestinales y parietales, y nuevas elevaciones térmicas. Estos son los casos que constituyen el objeto principal de la operación. En estos últimos tiempos, se ha reducido mucho el número de las intervenciones operatorias, por haber sustituido ventajosamente, el tratamiento expectante a la intervención primaria, en las anexitis sépticas y pútridas en efervescencia. Lo prueba la mortalidad tan grande, de las simples salpinguectomías por estreptococos. Lo justificaron así las observaciones de Jung de la Clínica de Greifswald; las de Schauta, Madl y Burger. De modo que Jung concluye diciendo: “apenas conozcamos la naturaleza séptica o sáprica de un tumor anexial, deberemos en lo posible hacer un tratamiento expectante o por lo menos conservador.”

*Incisión del saco purulento como procedimiento de elección.*—Si el tratamiento expectante no dá resultado porque las oscilaciones térmicas empeoran el estado de la paciente, deberá procederse a la incisión y abertura del absceso. En los procesos sépticos y pútridos las condiciones son notablemente favorables para esperar excelentes resultados de la incisión y desagüe. Aquí el antiguo aforismo, *ubi pus ibi evacua*, que rechazamos absolutamente en las anexitis supuradas gonocócicas, lo erigiremos como norma de conducta; porque las piosalpingitis sépticas o pútridas son frecuentemente unilaterales y ordinariamente uniloculares, y por lo tanto, no habiendo subdivisiones, la evacuación purulenta será completa.

La incisión evacuadora se hará por vía vaginal o abdominal, si la colección está en general más accesible y próxima a una u otra vía. Es decir, que la colección esté en el fondo de Douglas o en el estrecho superior.

El tratamiento posterior exige no hacer irrigaciones, para no llevar la infección a la cavidad abdominal y sólo debe procurarse un drenaje lo más completo posible.

En el caso de la intervención abdominal, se requiere imprescindiblemente aislar el foco, como lo aconseja Krönig, suturando

el peritoneo a la bolsa, para evacuarla en seguida a las 24 horas y desaguarlo convenientemente; pero se corre el peligro de dejar una fistula que exigirá una segunda operación, aunque sea de un peligro mucho menor. O como se ha hecho en la Clínica de nuestro Hospital General, por el Cirujano Wunderlich, aislando el foco purulento, de la cavidad mediante compresas de tiras largas y desaguardo el absceso por medio de un aspirador hidráulico, procediendo en el acto a la operación radical y aspirando una segunda vez, después de lavar al suero fisiológico caliente.

Este último procedimiento ha dado una mínima mortalidad y no ha tenido más trastornos que ligeras elevaciones térmicas post-operatorias.

Si nos cabe duda y temor respecto al momento oportuno de la intervención, y para evitar una serie de complicaciones en la operación abdominal, nos queda el recurso de investigar la virulencia del pus, por medio de la punción previa, por vía vaginal y en el fondo de saco posterior para evitar, en lo posible, herir los órganos vecinos. Y una vez conocido el estado virulento o aséptico de dicho pus, llevaremos una enorme ventaja en la intervención. Podemos también sacar partido del curso de la temperatura y del recuento de los leucocitos que siempre ha sido considerado como un buen medio indicador de la virulencia de los gérmenes. De modo que cuando la sangre nos dé un coeficiente elevado, retardaremos en cuanto sea posible, la operación; aunque el pus estéril aumente la leucocitosis, nos vale más pecar por exceso que por falta.

Casi todos los ginecólogos están de acuerdo en la benignidad de la punción hecha en condiciones de asepsia rigurosa.

*Anexitis tuberculosa.*—La indicación operatoria por tuberculosis genital, depende de la importancia clínica de ella y está determinada por los dos puntos siguientes: 1.º—La operación estaría indicada, si la tuberculosis genital provocase generalmente, la muerte mediata o inmediata del individuo. 2.º—También lo estaría si influyese tan desfavorablemente sobre el estado general, que determinase hemorragias, dolores o fiebre, incompatibles con la vida normal de la paciente. Aunque muchos ginecólogos dicen que la tuberculosis genital tiende a curarse espontáneamente y de un sin número de necropsias, han sacado las conclusiones siguientes: que la tuberculosis genital, nunca o casi nunca conduce a la tuberculosis miliar; y que, la tuberculosis genital tiene poca tendencia a perforar, por ulceraciones progresivas, las paredes que la separan de los órganos vecinos.

La tuberculosis genital no se halla nunca aislada. En la mayoría de los casos el foco tuberculoso primario asienta en el pulmón y va por vía sanguínea a las trompas y los ovarios. En segundo lugar, está la tuberculosis intestinal.

Todos los observadores coinciden en un 10 % de las anexitis comprobadas; lo que indica una frecuencia mayor de lo que corrientemente se cree. El diagnóstico, no es tan fácil como parece, pues a pesar de las reacciones de las tuberculinas que no son muy seguras en estos casos, el mejor medio de diagnóstico de una anexitis accesible al tacto combinado, consiste en la *abrasión mucosa diagnóstica*, que dada la frecuencia de la endometritis con anexitis tuberculosa, el diagnóstico puede asegurarse en un 50 % de casos, no olvidando jamás la mucha prudencia en las intervenciones uterinas, que pueden producir una recrudescencia anexial peligrosa.

*Indicación dependiente del foco primario.*—El pronóstico de la tuberculosis genital depende principalmente de la extensión y tendencia progresiva del foco primario. Si este foco no interesa órganos importantes para la vida, como el pulmón y los intestinos, y tiende a la curación, el pronóstico vital es favorable para la paciente afecta de tuberculosis anexial. En resumen, casi nunca existe una indicación vital, para proceder a la intervención quirúrgica de la tuberculosis anexial.

*Indicación sintomática.*—Como la tuberculosis pulmonar puede repercutir sobre los órganos genitales, presentando trastornos objetivos manifiestos como metrorragias, amenorrea u oligomenorrea, que también son frecuentes en la tuberculosis genital franca, no sería muy fácil, hacer la diferencia sintomática clínicamente. Pero en caso de que los anexos sean perfectamente afectados, puede y debe determinarse la operación; pero la extirpación de los órganos en este caso, está sujeta a las consideraciones siguientes: aunque en la tuberculosis genital, el foco primario está en la trompa, después en la matriz y por último en los ovarios, esto no dá motivo para una operación radical; pues en el 60 % de los casos, la tuberculosis anexial se encuentra en individuos menores de 30 años y con bastante frecuencia en la edad infantil, estando por consiguiente, en pleno período sexual. De modo que habría que respetar primero, los trastornos ovariprivos, y segundo, que la tuberculosis uterina es bastante curable por el tratamiento médico o el simple curetaje, según los atestados de los Profesores Aschoff, Hegar y otros. De manera que la operación de elección en la anexitis tuberculosa, es la extirpación de las trompas tuberculosas; de los ovarios, si la inspección macroscópica demuestra lesiones francas; por último, el útero, si la enferma está cerca de la menopausia y se queja de graves y frecuentes hemorragias, no olvidando que el estado general de la paciente nos servirá de base en estas grandes intervenciones; pues se puede provocar una recru-

descencia de los focos pulmonares ignorados o latentes, o provocar una generalización al peritoneo, que nos daría un fracaso seguro. De tal suerte que como regla general, deberemos antes de intervenir en una anexitis tuberculosa, comprobar que el foco primario extragenital, está curado o en estado de latencia prolongada.

Como los anexos tuberculosos están casi siempre adheridos a los intestinos de modo íntimo, la vía de elección es la abdominal sobre la línea blanca.

*Anexitis de etiología dudosa.*—En estas circunstancias sólo hay que insistir sobre tres puntos importantes, para el diagnóstico diferencial pre-operatorio: 1.º, la punción a través del Douglas; 2.º, los conmemorativos y observación del curso clínico; y 3.º, la determinación del tenor leucocitario de la sangre.

*Punción.*—Si por ella obtenemos pus, no podremos desgraciadamente establecer la etiología de todos los casos, pues en la mitad de ellos, si no se ha practicado en el período agudo, lo hallaremos estéril; lo único que podríamos conseguir, por el olfato, sería reconocer el pus pútrido. Ahora si contiene gérmenes, el problema está resuelto por el examen microscópico y bacteriológico. Cuando el pus es estéril, la anamnesis, el curso clínico, pueden aclarar el diagnóstico diferencial entre las anexitis gonocócicas y sépticas. De manera que si antes de la anexitis, no ha habido ninguna intervención intrauterina, ningún aborto ni parto, excluirémos la anexitis séptica, lo mismo que cuando estos tres factores datan de un año o más.

En cambio cuando el parto, aborto o intervención datan de poco tiempo, el diagnóstico es más fácil. Se sabe por las investigaciones de Wertheim, Menge y otros, que en el período inicial del puerperio, los gonococos y los estreptococos invaden las trompas y producen las anexitis, siendo al principio casi iguales sus manifestaciones clínicas; pero en general, una fiebre pasajera, la acción inmediata de los antiflogísticos, están en favor de una anexitis gonocócica; en tanto que en las anexitis sépticas y pútridas, la persistencia de la fiebre es la regla.

Nos queda también el índice leucocitario, que en los procesos tuberculosos apenas se altera su tenor, mientras que en los procesos sépticos y pútridos, en el período agudo se produce una intensa leucocitosis. Si aún por estos medios el diagnóstico persiste dudoso, nos inclinaremos al lado conservador, haciendo la extirpación tubaria; pero si la paciente, está cerca de la menopausia y ha sufrido serias hemorragias, hay que decidirse por la operación radical.

Nos queda por resolver, en último caso, el problema de la simbiosis microbiana, por ejemplo: gonococos y estreptococos, gonococos y colibacilos y gonococos y bacilos de Koch. Pero los estudios de Wertheim y Menge, resolvieron el asunto, demostrando por muchas experiencias que la simbiosis de dos microbios de especie diferente no es duradera. Por lo tanto, si el microscopio demuestra la existencia del gonococo, no hay que temer que existan estreptococos para variar el procedimiento operatorio. Está probado que el bacilo de Koch asienta a menudo sobre una trompa gonocócica, pero generalmente después de la curación del proceso gonocócico; de modo que en estos casos, sólo hay que atender al persistente, gonococo o bacilo de Koch y operar conforme las reglas ya estudiadas a propósito de cada una de estas variedades.



## ESTADÍSTICA

que demuestra el resultado de las ANEXITIS tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital General, a cargo de los Doctores Julián Rosal y M. J. Wunderlich, desde el año de 1910 a 1916

ADVERTENCIA.—Todas las observaciones siguientes tienen el diagnóstico clínico y como en su mayor parte son afecciones gonocócicas, sólo haremos notar aquellas de etiología diferente.—Lo mismo diremos de la anestesia al éter y morfina-atropina, haciendo mención solamente del cloroformo en los pocos casos que se empleó.

B. O., de 23 años, soltera.—Diag.: Endometritis y piosalpinx doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

D. G., de 22 años, soltera.—Diag.: Anexitis supurada y fístulas estercorales.—Trat.: Salpinguectomía y entero-anastomosis.—Muerta de peritonitis.

R. G., de 19 años, soltera.—Diag.: Salpingitis aguda.—Trat. Méd.—Curada.

V. B., de 31 años, casada.—Diag.: Salpingitis derecha.—Trat. Méd.—Curada.

L. L., de 28 años, soltera.—Diag.: Anexitis derecha.—Trat. Méd.—Curada.

J. B., de 30 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble (120 pulsaciones por minuto, 39 y medio grados de temp.)—Trat. Méd.: Colargol endovenoso, quinina, calomel.—Mejorada.

J. C., de 16 años soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

G. A., de 24 años, casada.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total, con ablación de anexos.—Curada.

A. P., de 40 años, soltera.—Diag.: Anexitis puerperal derecha supurada.—Trat.: Laparotomía y colpotomía posterior.—Muerta.

N. M., de 35 años, soltera.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat. Méd.—Mejorada.

D. G., de 27 años, soltera.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat. Méd.—Mejorada.

M. L., de 42 años, soltera.—Diag.: Piosalpinx doble puerperal.—Trat.: Histerectomía sub-total y ablación de anexos.—Curada.

A. G., de 34 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble (quiste dermoide supurado derecho, piosalpinx izquierdo).—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total y ablación de anexos.—Curada.

M. D., de 33 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Ablación de anexos.—Mejorada.

C. E. M., de 26 años, soltera.—Diag.: Metritis crónica dolorosa y anexitis derecha.—Trat.: Histerectomía sub-total y tubo-ovariotomía derecha.—Curada.

J. R., de 28 años, soltera.—Diag.: Metritis crónica hemorrágica y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal total.—Muerta.

M. C., de 44 años.—Diag.: Piosalpinx.—Trat.: Marzupianización.—Curada.

P. A.—Diag.: Anexitis tuberculosa y peritonitis.—Trat.: Laparotomía.—Mejorada.

P. M., de 26 años.—Diag.: Metritis hemorrágica y anexitis doble.—Trat.: Salpinguectomía izquierda y tubo-ovariotomía derecha.—Curada.

P. M., de 20 años.—Diag.: Anexitis derecha.—Trat.: Salpingo-ovariotomía derecha.—Curada.

V. A., de 16 años.—Diag.: Anexitis bilateral con adherencias.—Trat.: Laparotomía y drenaje.—Mejorada.

R. Ch., de 23 años.—Diag.: Piosalpinx izquierda.—Trat.: Tubo-ovariotomía izquierda.—Curada.

M. M., de 25 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

R. Z., de 26 años.—Diag.: Piosalpinx doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total y ablación de anexos.—Proc. de Faure.—Curada.

M. O., de 20 años.—Diag.: Metritis puerperal hemorrágica y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con extirpación de anexos y apendicectomía.—Curada.

M. C., de 30 años.—Diag.: Tumor uterino y anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total y extirpación de anexos.—Procedimiento Kelly.—Curada.

C. A., de 24 años.—Diag.: Anexitis bilateral con adherencias.—Trat.: Histerectomía bilateral sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

M. de la C., 44 años.—Diag.: Retroflexión uterina y anexitis bilateral.—Trat.: Ablación de anexos.—Operación de Baldy Dartigues y apendicectomía.—Curada.

E. O., de 17 años.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat.: Ablación de anexos izquierdos.—Apendicectomía profiláctica.—Curada.

E. M., de 25 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal total con ablación de anexos.—(Método de la decolación anterior de J. L. Faure).—Apendicectomía profiláctica.—Curada.

M. M., de 36 años.—Diag.: Anexitis izquierda en el Douglas.—Trat. Méd.—Mejorada.

N. C., de 26 años.—Diag.: Anexitis doble en el Douglas.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total.—Procedimiento de



Kelly con ablación de anexos. — Apendicectomía profiláctica. — Curada.

P. G., de 35 años. — Diag.: Quiste Dermoide del ovario izquierdo. — Anexitis derecha. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total. Proc. de Kelly con ablación de anexos. — Colectomía por cálculos (24) un mes después. — Curada.

A. M., de 23 años, soltera. — Diag.: Metritis catarral, anexitis bilateral. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total. (Proc. de Kelly), con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica. — Curada.

M. R., de 36 años. — Diag.: Anexitis derecha en el Douglas. — Trat.: Ablación de anexos derechos. — Apendicectomía profiláctica. — Curada.

F. A., de 55 años. — Diag.: Anexitis bilateral. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos. — Curada.

F. F., de 35 años. — Diag.: Anexitis bilateral. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total. (Proc. Terrier) con ablación de anexos. — Apendicectomía profiláctica. — Cloroformo. — Curada.

J. C., de 40 años. — Diag.: Anexitis bilateral. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica. — Curada.

F. M., de 37 años. — Diag.: Prolapso uterino total y anexitis bilateral. — Litiasis biliar. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total. (Proc. de Kelly) con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica. — Colectomía por cálculos (12) un mes después. — Curada.

C. G., de 22 años. — Diag.: Anexitis aguda supurada en el Douglas. — Trat.: Histerectomía abdominal total. — (Proc. de Kelly) con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica. — Curada.

E. G., de 19 años. — Diag.: Anexitis doble y apendicitis crónica con adherencias. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía. — Curada.

E. B., de 33 años. — Diag.: Anexitis supurada doble y apendicitis crónica. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía. — Curada.

D. C., de 30 años. — Diag.: Anexitis bilateral. — Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos. — Curada.

M. M., de 36 años. — Diag.: Prolapso total del útero y anexitis doble supurada. — Trat.: Histerectomía abdominal total y ablación de anexos. — Murió de peritonitis.

L. S., de 36 años. — Diag.: Anexitis doble y tuberculosis pulmonar. — Trat. Méd. — Murió.

G. B., de 30 años. — Diag.: Anexitis doble supurada. — Trat.: Marzupialización. — Curada.

A. C., de 21 años.—Diag.: Metritis puerperal y anexitis izquierda.—Trat. Méd.—Mejorada.

E. B., de 28 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Tuberculosis pulmonar.—Trat. Méd.—Mejorada.

F. T., de 42 años.—Diag.: Metritis catarral y anexitis derecha.—Trat.: Ablación de anexos derechos y apendicectomía.—Curada.

F. C., de 19 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat. Méd.—Curada.

A. R., de 26 años.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat.: Histerectomía abdominal total.—(Proc. Kelly y Ségond) y apendicectomía.—Curada.

J. C., de 50 años.—Diag.: Anexitis derecha.—Trat. Méd.—Mejorada.

A. R., de 19 años.—Diag.: Anexitis doble supurada puerperal.—Trat. Méd.—Mejorada.

H. E., de 25 años.—Diag.: Metritis gonocócica y anexitis doble supurada.—Trat.: Ablación de anexos.—Curada.

N G., de 20 años.—Diag.: Anexitis puerperal derecha.—Trat.: Ablación de anexos derechos y apendicectomía.—Curada.

B. M., de 29 años.—Diag.: Anexitis puerperal doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

C. C., de 46 años.—Diag.: Anexitis puerperal doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

L. G., de 30 años.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis puerperal doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

A. Q., de 24 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

F. R., de 23 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

E. G., de 21 años.—Diag.: Metritis con retroversión y anexitis derecha.—Trat. Méd.—Mejorada.

E. M., de 21 años.—Diag.: Metritis gonocócica y anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

P. G., de 55 años.—Diag.: Cuello uterino sospechoso de cáncer y anexitis derecha.—Trat.: Histerectomía abdominal total con ablación de anexos.—Curada.

M. R., de 36 años.—Diag.: Fibroma uterino y anexitis doble supurada.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—(Proc. Carballo y Wunderlich).—Curada.

G. P., de 19 años.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

J. A., de 18 años.—Diag.: Metritis puerperal y anexitis izquierda.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total y extirpación de anexos.—Curada.

R. L., de 17 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

M. C., de 20 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

M. B., de 20 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Curada.

M. E., de 20 años.—Diag.: Blenorragia aguda y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

E. A., de 26 años.—Diag.: Metritis blenorragica y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Curada.

C. G., de 31 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

A. G., de 30 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

T. J., de 30 años.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Asquesiterapia.—Levantada a las 24 horas.—Curada.

F. G., de 20 años.—Diag.: Anexitis supurada doble con adherencias.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos. Levantada a las 24 horas.—Asquesiterapia.—Curada.

A. Z.—Diag.: Anexitis doble supurada.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos. Levantada a las 24 horas.—Asquesiterapia.—Curada.

F. M., de 35 años.—Diag.: Anexitis doble con adherencias y apendicitis crónica.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Levantada a las 24 horas.—Asquesiterapia.—Curada.

D. A., de 32 años.—Diag.: Anexitis derecha.—Trat.: Histerectomía abdominal total y extirpación de anexos derechos.—Curada.

J. R., de 20 años.—Diag.: Metritis hemorrágica y anexitis tuberculosa con hematosalpinx.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

C. G., de 27 años.—Diag.: Metritis con retroversión y anexitis doble, apendicitis crónica.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía.—Levantada a las 24 horas.—Asquesiterapia.—Curada.

C. M., de 26 años.—Diag.: Anexitis doble en el Douglas y adherencias.—Trat. Méd.—Mejorada.

N. M., de 30 años.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat.: Ablación de anexos izquierdos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

B. G., de 23 años.—Diag.: Metritis hemorrágica y anexitis.—Trat.: Raspado.—Curada.

F. de L., de 28 años.—Diag.: Blenorragia y anexitis aguda.—Trat. Méd.—Curada.

T. B., de 24 años.—Diag.: Anexitis supurada doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Apendicectomía profiláctica.—Curada.

E. M., de 40 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

A. S., de 40 años.—Apendicitis y anexitis aguda.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

E. L., de 24 años.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con extirpación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

P. J., de 2 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con extirpación de anexos.—(Proc. de Kelly).—Curada.

C. A., de 17 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

F. E., de 25 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

A. C., de 30 años.—Diag.: Metritis catarral y anexitis derecha.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

R. A., de 23 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

E. J., de 24 años.—Diag.: Anexitis izquierda.—Trat. Méd.—Mejorada.

J. L., de 20 años.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

M. B., de 22 años, viuda.—Diag.: Retroflexión dolorosa del útero y anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

P. V., de 19 años, soltera.—Diag.: Anexitis supurada izquierda.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con extirpación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

D. J., de 30 años, casada.—Diag.: Retroversión uterina y anexitis doble.—No quiso operarse.—Trat. Méd.—Mejorada.

M. C., de 50 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble con adherentes.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

V. R., de 38 años, soltera.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis supurada doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y fijación de muñón a la pared.—(Proc. de Kocher).—Curada.

F. U., soltera.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis doble.—Trat.: Histerectomía vaginal con ablación de anexos izquierdos.—Curada.

T. G., de 36 años, soltera.—Diag.: Prolapso total uterino y anexitis izquierda.—Trat.: Histerectomía vaginal con ablación de anexos izquierdos.—Curada.

B. E., de 38 años, soltera.—Diag.: Prolapso uterino y anexitis izquierda.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

H. A., de 25 años, casada.—Diag.: Anexitis bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

C. G., de 16 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.: por no querer operarse.—Mejorada.

M. G., de 23 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble supurada.—Se abrió espontáneamente por el recto, durante el Trat. Méd.—Curada.

F. L., de 34 años, casada.—Diag.: Anexitis doble y hematosalpinx.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

S. F., de 24 años, casada.—Diag.: Anexitis esclerosa.—Trat.: Resección parcial de los ovarios y operación de Baldy.—Curada.

N. S., de 18 años, soltera.—Diag.: Metritis gonocócica y anexitis derecha.—Trat. Méd.—Curada.

D. F., de 22 años, soltera.—Diag.: Anexitis derecha y hematocele izquierdo.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

T. A., de 30 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble supurada.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Murió de peritonitis.

A. M., de 39 años, viuda.—Diag.: Anexitis doble y bilateral.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

J. A., de 35 años.—Diag.: Anexitis doble y hematosalpinx derecha e hidrosalpinx izquierdo.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

N. B., de 23 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

M. O., de 22 años, soltera.—Diag.: Anteversión uterina y anexitis derecha.—Trat.: Ovariectomía.—Curada.

M. M., de 40 años, casada.—Diag.: Pólipo fibroso uterino y anexitis izquierda.—Trat.: 1.<sup>a</sup> operación, raspado uterino y extir-

pación del pólipo. 2.<sup>a</sup> operación, un mes después, ovariectomía.—  
Curada.

A. S., de 50 años, soltera.—Diag.: Epitelioma del cuello y anexitis doble supurada.—Trat.: Histerectomía abdominal total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

F. A., de 32 años, casada.—Diag.: Anexitis supurada doble y adherencias.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

J. S., de 20 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos izquierdos y trompa derecha, apendicectomía profiláctica.—Curada.

D. A., de 21 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos izquierdo y trompa derecha.—Curada.

O. M., de 27 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble. (Piosalpinx izquierdo e hidrosalpinx derecho).—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

G. C., de 18 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble.—Trat. Méd.: Por no aceptar el quirúrgico.—Mejorada.

F. A., de 19 años, soltera.—Diag.: Piosalpinx doble.—Trat. Méd.: por no aceptar el quirúrgico.—Mejorada.

J. M., de 38 años, soltera.—Diag.: Anexitis doble. (Hidrosalpinx). Fibroma de la cara posterior del útero.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica.—Curada.

C. M., de 25 años, soltera.—Diag.: Piosalpinx doble con adherencias.—Trat.: Histerectomía abdominal sub-total con ablación de anexos.—Curada.

A. S., de 27 años, soltera.—Diag.: Piosalpinx doble.—Trat. Méd.—Mejorada.

G. M., de 38 años, casada.—Diag.: Anexitis doble y litiasis biliar.—Trat.: 1.<sup>a</sup> operación, ablación de anexos. 2.<sup>a</sup> operación, colecistectomía, dos meses después.—Curada.

## RESUMEN DE LA ESTADISTICA

### *Clasificación y número de las anexitis:*

Gonocóccicas .....	100
Tuberculosas .....	5
Puerperales .....	8
Apendiculares .....	1
No clasificadas .....	13

*Total* ..... 127

*Operaciones y mortalidad:*

Histerectomía abdominal subtotal con ablación de anexos (24 enfermas) .....	24	4.10 %
Histerectomía abdominal subtotal con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica (en 44 enfermas) .....	44	0.00 „
Histerectomía abdominal total con ablación de anexos y apendicectomía profiláctica (7 enfermas) .....	7	28.5 „
Histerectomía vaginal con ablación de anexos (dos enfermas) .....	2	0.00 „
Histerectomía abdominal subtotal con ablación de anexos y colecistectomía un mes después (3 enfermas) .....	3	0.00 „
Ablación de anexos solos (en 7 enfermas) .....	7	14.20 „
Ablación de anexos y apendicectomía (4 enfermas) .....	4	0.00 „
Incisión abdominal y drenaje (3 enfermas) .....	3	33.33 „
Raspados uterinos (3 enfermas) .....	3	0.00 „
<i>Total</i> .....	97	4.10 %

Como se vé en el cuadro anterior, las afecciones gonocóccicas están en número de 70.80 %, que se aproxima al máximum de 80 % de la clínica de Friburgo. (1).

Nótese que la mortalidad de la Histerectomía abdominal subtotal con ablación de anexos sin apedicectomía, es de 4.10 % y que la misma operación con apendicectomía profiláctica dá una mortalidad nula.

Que la Histerectomía total con ablación de anexos y apendicectomía dió 28 y 1/2 %.

Llamo la atención hacia estos puntos, porque hay que pensar que en los casos de tres operaciones en la misma persona, ha habido menos mortalidad que en los casos de dos o una operación; estando la apendicectomía de por medio.

(1) En Guatemala no se carece de estadísticas que demuestren matemáticamente las intervenciones que se han llevado a cabo por causa de la infección gonocóccica y además la estadística nuestra, como se vé en este trabajo, arroja un 70.80%; por consiguiente mayor a la del Doctor West, de New York, que asciende a 66%, citada por el Doctor Julio Medal en su tesis *Blenorragia y Matrimonio* (1917).

# HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA

## SALA DE GINECOLOGÍA

Cirujanos del Servicio

Interno del Servicio

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ tomada por \_\_\_\_\_

Examen físico \_\_\_\_\_

Oficio \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Casada (1) \_\_\_\_\_

ingreso \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_

Enfermedades anteriores \_\_\_\_\_

Enfermedades específicas \_\_\_\_\_

Enfermedades de familia \_\_\_\_\_

Operaciones anteriores \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

Operaciones actuales \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_

Primera aparición \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_ Alteraciones \_\_\_\_\_

Fecha de la última \_\_\_\_\_

Edades \_\_\_\_\_

Normales \_\_\_\_\_ Distócicos \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_ Fiebre \_\_\_\_\_

Fechas \_\_\_\_\_

Provocados \_\_\_\_\_ Raspados \_\_\_\_\_

Aparición \_\_\_\_\_

Consistencia \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Olor \_\_\_\_\_

Señala lo que no corresponda, entendiéndose estas expresiones en el sentido médico.

**Dolor**

Sitio principal	Lombo sacro Inguinal (1) Pelviano Coccigeo	Caracteres	Espontáneos (1) Provocados Intermitentes Continuos
-----------------	---	------------	---

**Irradiaciones**

Mitad inferior del abdomen D. M. I. (1) Mitad sup. del abdomen D. M. I. (1)

**Influencia del movimiento**

Dispareunia

Prurito

**Vejiga**

**Intestino**

**Mamas**

**Temperatura**

**Estado General**

**Corazón**

**Pulmones**

**Sistema Nervioso**

**Digestión**

**Resumen de los síntomas presentes**

**Exploración Abdominal**

Piel: Vergeteaduras

Pigmentación

Edema

Dilataciones venosas

Músculos

Riñón D.

Riñón I.

Higado

Vesícula Biliar

Bazo

Estómago

Apéndice

Hernia

Intestino

Neoplasmas:

Situación y origen

Forma y movilidad

Consistencia

Crepitación

Auscultación

(1) Se tacha lo que no exista.—D. M. I. significan a la derecha, en la línea media, a la izquierda.

**Pelviana (Org. genitales)**

Uretra

Vulviano

Ano

Gland. de Skene

Gland. de Bartholini

Pared ant.

Pared post.

de saco

Parametrio

**Porción vaginal:**

Sección

Forma

Tamaño

Consistencia

Consistencia

Ulceraciones

Lesiones

Neoplasma

**Porción supra-vaginal:**

Sección

Forma

Tamaño

Consistencia

Movilidad

Consistencia

Inspección del fondo

Neoplasma

D.

Ovario lzq.

D.

Trompa l.

Notas

Cavidad pelviana

**Pruebas Accesorias**

Examen arterial

Examen hematológico

Examen microscópico de secreciones

Examen histológico de tejidos

Examen de función renal

Examen de función hepática

**Operación y diagnóstico**

Lined area for notes under 'Operación y diagnóstico'.

Fecha

**Anestesia**

**Periodo post-operatorio**

Lined area for notes under 'Periodo post-operatorio'.

Levantada el día

**Terminación**

Lined area for notes under 'Terminación'.

## ANESTESIA EMPLEADA

*Estudio Clínico.* — La enferma preparada del día anterior, recibe media hora antes de la operación, una inyección de morfina-atropina, con el objeto principal de impedir la broncorrea durante la operación y después de ella que produce el éter sólo; anestésico prodigado a todas las operadas que figuran en nuestra estadística, con excepción de aquellas en que había afecciones bronco-pulmonares, en las cuales se prefirió el cloroformo.

El uso de este anestésico tan generalmente empleado en la forma antes dicha, ha sido objeto de severas críticas. Se le atribuyen serias complicaciones pulmonares post-operatorias y a la morfina-atropina se le culpa de impedir la leucocitosis, provocando indirectamente graves complicaciones peritoneales.

Ahora bien, por lo que tuve ocasión de observar durante mi internado, en cuyo tiempo dí más de un centenar de anestésias en otro tanto de enfermas, me permito manifestar; que las complicaciones pulmonares en nuestro servicio, sólo consistieron en ligeras bronquitis, en aquellas enfermas que fueron expuestas a las corrientes de aire al salir de la Sala de Operaciones, o en la propia Sala del Servicio Clínico.

Por lo que se refiere a la leucocitosis, no pude, naturalmente, comprobar nada en la sangre; pero clínicamente observé, que las reacciones generales del organismo no estaban destruidas, ni francamente disminuidas; pues por el contrario, como se podrá ver en nuestra estadística, tuvimos la oportunidad de emplear la asquesiterapia como tratamiento post-operatorio, para evitar el ilius paralítico y las demás complicaciones; teniendo la grata satisfacción de que nuestras enfermas levantadas a las 24 horas, de su cama, y sentadas al lado en una silla, manifestaban un bienestar muy marcado, y su espíritu abatido por la gravedad que representa una operación abdominal, se tornaba sereno y tranquilo y aún sonriente. Es de lamentarse, por supuesto, que esta práctica no se haya generalizado en el servicio, por falta de un personal educado para el efecto.

Respecto a los síntomas que presentan las enfermas anestesiadas con el éter, y la asociación de la morfina-atropina pasa lo siguiente:

- 1.°—Que el reflejo corneano se pierde mucho antes de la anestesia confirmada.
- 2.°—Que la pupila obedece más bien a la morfina o a la atropina, según la susceptibilidad de cada enferma, que al mayor o menor grado de intoxicación por el éter.
- 3.°—Que los síncope no se producen, o al menos, no tuvimos oportunidad de verlos.

4.º—Que por consecuencia de lo anterior, para conducirnos, lo mejor posible, en estas anestias hay que fijarse; en el estado de cianosis de la cara, el ritmo respiratorio, la pérdida de la sensibilidad general y la resolución muscular y no en los signos oculares; absteniéndose, por lo tanto, de tocar a cada instante la córnea y la conjuntiva, maniobra que es más bien un peligro que una ventaja.

Además, los alertas de esta anestesia dan demasiado tiempo para impedir cualquier accidente. Pues como la cianosis se va marcando progresivamente, da tiempo de sobra para levantar el aparato y todo entre en calma.

El cirujano que opera en campo sangriento puede, muy bien, en caso que el eterista se hubiese descuidado, dar el grito de alarma; porque la sangre que corre se vé cambiar del rojo arterial al rojo venoso. Me recuerdo de un caso en que se hacía una histerectomía vaginal por el Profesor Wunderlich, que me llamó la atención, a este respecto, en momentos en que la sangre se estaba poniendo negra.

Tengo el gusto de declarar por último que en varios centenares de anestias dadas en el Servicio de Ginecología, y no todas por manos expertas, no tuvimos qué lamentar desgracia alguna, ni accidentes de importancia, tomando en cuenta que hubo operaciones que duraron hasta hora y media y dos horas.



## OBSERVACIONES

### Observaciones de las enfermas que padecen de menopausia artificial por histerectomía con ablación de anexos

C. G., soltera con 25 años, cocinera de oficio, fué histerectomizada el 25 de Mayo de 1915.—Hizo cama durante 20 días.—Padeció de flujo blanco durante un mes seguido de la operación.—En el curso de dos años ha sentido dolor de cintura, mareos, oleadas de calor a la cabeza, de vez en cuando.—Se ha ocupado de lavandera y enfermera del Hospital.—Siempre tiene mucho sueño y apetito.—Conserva dolores punzantes en las fosas iliacas, ligeros dolores en la vejiga y ardor a la micción; no obstante trabaja constantemente.—Padece de flato por momentos.—En el segundo año de la operación ha notado manchas de colores y chispas amarillas en el campo visual, como durante media hora.—Padece de ardor en los ojos y lagrimeo, sin lesiones objetivas.—Al final del segundo año padeció de epistaxis durante dos días.—Padece de estomatorragias que aumentaron después de la operación.—Tiene ataques que principian con bostezos, sudores fríos y desmayos durante medio día, más o menos, que se superan acostándose; después continúa sus ocupaciones como si nada hubiera pasado.—Acusa un temblor generalizado a pequeñas oscilaciones y frialdad en la punta de los dedos de las manos.

M. E., de 20 años de edad, lavandera, soltera.—Padeció de anexitis supurada gonocócica.—Operada el 19 de Noviembre de 1914.—Estuvo en cama 12 días.—Al levantarse padeció de dolor de cintura y a los tres meses le apareció flujo blanco, que no le tardó más que ocho días.—En el primer año padeció de mareos y ruido en la cabeza que le impedía oír bien.—A los ocho meses de operada comenzó con epistaxis, cada quince, cada diez, cada ocho días, durante media hora, algunas veces por gotas y otras veces en hilo.—En el segundo año y medio las hemorragias son casi diarias durante hora y media, desapareciendo sin tratamiento algunas veces.—Padece de oleadas de calor a la cabeza, duerme muy bien, pero tiene poco apetito; no hay constipación, no hay disuria; del estómago no se queja absolutamente de nada.—Poco tiempo después de la operación se le cayó todo el pelo que recuperó ya.

J. R., de Bolivia, de 20 años de edad, soltera, oficios propios de su sexo.—Fué operada por anexitis tuberculosa y hematosalpinx el 1.º de Enero de 1915.—Con esta enferma se inició el método alemán (Asquesiterapia) de levantar a las enfermas laparotomizadas prematuramente; lo que se hizo con esta poniéndola en una silla fuera de la cama a las 24 horas, lo mismo que los días siguientes, hasta el 12.º día se le permitió andar.—No presentó absolutamente ninguna

complicación, si bien por el contrario, el estado moral y físico fué admirable.—A los tres o cuatro meses de operada le apareció un flujo leucorreico que no le ha desaparecido aún.—De vez en cuando siente dolor en la fosa ilíaca izquierda, aumentando con el ejercicio.—Tiene mareos con sudores abundantes y oleadas de calor a la cabeza; cefalalgias constantes.—Apetito y sueño muy buenos; accesos de flato.—Antes de operada padecía de metrorragias, durante tres o cuatro meses y amenorrea un tiempo poco más o menos igual.—Tuvo epistaxis antes de operarse y dolores pulmonares.—No tiene trastornos urinarios ni constipación; sólo se queja constantemente de sudores abundantes y dolores antes del flujo.

R. A., de 20 años, oficios propios de su sexo, con accidentes sifilíticos.—Ha sufrido cinco operaciones: dos vaginales y tres abdominales; en las cuales se extirpó la matriz totalmente, los anexos, el apéndice, restos de ovario que habían quedado en las anteriores operaciones.—Actualmente se queja de leucorrea dolorosa, de epistaxis durante cinco minutos por gotas, que desaparecen sin tratamiento.—No hay trastornos intestinales, pero sí ardor a la micción.—Padece de cefalalgias, coriza y de oleadas de calor a la cabeza.—Tiene muy buen apetito y sueño.—Ha aumentado 40 libras de peso.—Algunos días está triste por momentos; la ascensión de gradas le provoca dolor, pero no obstante esto, trabaja constantemente en el Servicio, de Enfermera del Hospital.



## CONCLUSIONES

---

1.<sup>a</sup>—Como las anexitis gonocócicas no amenazan la vida, exceptuando los casos de ruptura de la bolsa purulenta, toda infección gonocócica anexial debe tratarse por expectación, por lo menos, cuando la enferma acude al médico por primera vez.

2.<sup>a</sup>—Las prostitutas, por estar expuestas a frecuentes infecciones y el gremio de sirvientes, cuya posición social les obliga a trabajar constantemente y que por lo mismo están expuestas a caídas dolorosas y complicaciones, deben ser el principal objeto del tratamiento operatorio.

3.<sup>a</sup>—Las señoras de elevada posesión social, que no pueden sacar provecho del tratamiento expectante y, sobre todo, que su estado mental les hace sufrir notablemente, y son el fastidio de los que las rodean, no obstante permanecer en su Chaise Longue, se les debe sujetar a una operación también.

4.<sup>a</sup>—Si la enferma se halla al final de su vida sexual al rededor de los 40 años, y por la intensidad de las molestias, su posición social, etc., se debe sujetar a una operación; hay que elegir la histerec-  
tómía abdominal subtotal con ablación de anexos que nos dará el resultado más completo. Los trastornos ovariprivos no serán de gran trascendencia en el estado general.

5.<sup>a</sup>—En las enfermas en plena actividad sexual que tendrán mayores trastornos ovariprivos, la operación de elección será la ablación de los anexos lesionados, pudiendo por el reposo y los cuidados higiénicos, curar sus complicaciones; pero en caso de persistir trastornos anexiales, no obstante la menopausia artificial, hay que preferir la operación radical a la ablación parcial de los anexos.

6.<sup>a</sup>—La incisión en las anexitis gonocócicas simples o dobles, debe ser seguida de la ablación de los anexos que debe desecharse en absoluto.

7.<sup>a</sup>—Que la histerectomía total debe preferirse sólo en los casos de cáncer insipiente, o en los otros casos de anexitis complicadas, que así lo requieran, pero haciéndola en dos sesiones; primero para la segunda la extirpación del muñón, que deja la histerectomía subtotal.

8.<sup>a</sup>—Que la mortalidad operatoria en las intervenciones que se han hecho en los últimos años, no obstante ser más extensas, es menor, debido a que son mejor seleccionados los casos y más perfecta la técnica que se emplea.

**Ricardo Chaves M.**

El infrascrito Médico y Cirujano, actualmente Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General, Certifica: que los datos y observaciones que aparecen en la presente tesis son tomados de los libros correspondientes en que se consigna la historia médico-quirúrgica de las enfermas que han pasado por dicho servicio.

Guatemala, Abril de 1917.

*M. J. Wunderlich.*

Vº Bº

*Nicolás Zúñiga.*

Hay un sello que dice: “Dirección del Hospital General y sus Dependencias.—Guatemala.”



# PROPOSICIONES

---

ANATOMÍA	.....	<i>Aparato genital de la mujer.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>De los anexos.</i>
ANATOMÍA MÉDICA	.....	<i>Secale cornutum.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Función ovárica.</i>
ANATOMÍA MÉDICA	.....	<i>Filtros.</i>
OBSTETRICIA MÉDICA	.....	<i>Glossina palpalis.</i>
ANATOMÍA MÉDICA INORGÁNICA	.....	<i>Radium.</i>
ANATOMÍA MÉDICA ORGÁNICA	.....	<i>Ergotinina.</i>
OBSTETRICIA GENERAL	.....	<i>Amenorrea.</i>
OBSTETRICIA INTERNA	.....	<i>Tifus exantemático.</i>
OBSTETRICIA EXTERNA	.....	<i>Anexitis.</i>
ANATOMÍA OPERATORIA	.....	<i>Histerectomía.</i>
ANATOMÍA MÉDICA	.....	<i>Síndrome talámico.</i>
ANATOMÍA QUIRÚRGICA	.....	<i>Metritis hemorrágica.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Genital externa.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Asquesiterapia.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Esterilidad.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Embarazo tubario.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Gonococo de Neisser.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Farmacopea nacional.</i>
OBSTETRICIA LEGAL	.....	<i>Aborto.</i>
OBSTETRICIA PATOLÓGICA	.....	<i>Salpingitis.</i>
OBSTETRICIA	.....	<i>Eter.</i>

## BIBLIOGRAFÍA

---

- de Gynécologie Médico Chirurgicale por J. L. Faure et Armand Siredey, 1914.
- uel de Gynécologie Practique par J. Barozzi, 1907.
- de Gynécologie par E. Forgue, et G. Massabuau, 1916.
- is de Gynécologie par André Boursier, 1908.
- ografías de Clínica Quirúrgica por Ricardo Suárez Gamboa, 1899.
- uel de Pathologie Externe par G. Bouilly, 1894.
- tice of Gynecology by W. E. Ashton, 1915.
- ecology by William P. Graves, 1916.
- ado Teórico Práctico de las enfermedades de las mujeres por el Doctor CH. West. y M. Baldivieso, 1875.
- ria de la medicina y Doctrinas médicas por E. Bouchut.
- indications des Interventions Chirurgicales par le Pr. Hemann Schlesinger, 1907.
- apeutique Chirurgicale par G. Phocas, 1914.
- Pratique de Gynécologie, D'Obstétrique et de Pediatrie par Dr. Luis Piedra.
- logía Operatoria por Döderlein-Krönig, 1915.
- Pratique des Maladies des Organes Génito Urinaires par M. Gallois.
- de Gynécologie par Pr. Pozzy.
- olution Clinique et Bacteriologique des Salpingites, These Bordeaux, 1906, Popp.
- he Zeitschr, f. Chir., 1898.
- de Chirurgicale par Tillaux, ultima ediccion.
- de Observaciones y de Operaciones de Ginecología del Hospital General de Guatemala por los Drs. Julián Rosal y M. J. Underlich. (Inédito).
- de Ginecología del Pr. Howard A. Kelly.