4#2873

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# ELITROTOMÍA INTERLIGAMENTARIA

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

JULIO S. SEÑORANS

BUENOS AIRES

Imprenta, Litografía y Encuadernación de Jacobo Peuser
CALLE SAN MARTÍN, ESQUINA CANGALLO

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# ELITROTOMÍA INTERLIGAMENTARIA

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

JULIO S. SEÑORANS

BUENOS AIRES

Imprenta, Litografía y Encuadernación de Jacobo Peuser
CALLE SAN MARTÍN, ESQUINA CANGALLO

1895

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Decano**

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

**Vice Decano**

DOCTOR D. PEDRO MALLO.

**Académicos Titulares**

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.

**Académicos Honorarios**

DOCTOR D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELEMACO SUSSINI.

**Secretario Titular**

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

**Pro-Secretario**

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR.

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---|---|
| Anatomía Descriptiva | Doctor Juan José Naon. |
| Anatomía Topográfica | » Juvencio Arce. |
| Histología teórico-práctica | » Andrés F. Llobet. |
| Fisiología General y Humana | » José M. Astigueta. |
| Higiene Pública y Privada | » Melitón González del Solar. |
| Patología General y Ejercicios clínicos | » Roberto Wernicke. |
| Materia Médica y Teurapéutica | » Justiniano Ledesma. |
| Patología Externa | » Guillermo Udaondo |
| Patología Interna | » José Penna. |
| Anatomía Patológica | » Telémaco Susini. |
| Medicina Operatoria | » Adalberto Ramaugé. |
| Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica. | » Jacob de T. Pinto. |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » Manuel Blancas. |
| Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica | » Pedro Lagleyze. |
| Enfermedades nerviosas y su clínica | » José María Ramos Mejía. |
| Enfermedades mentales y clínica respectiva | » Domingo Cabred. |
| Clínica Quirúrgica | Dres. Julián Aguilar. Antonio Gandolfo. |
| Clínica Médica | » Eufenio Uballes. Gregorio N. Chaves. |
| Obstetricia y clínica respectiva | Doctor Samuel A. Molina. |
| Medicina Legal | » Eduardo M. Pérez. |
| Química aplicada á la Medicina | Dres. Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga. |
| Física Médica | Doctor Jaime R. Costa. |
| Zoología Médica | » Eliseo Cantón. |
| Toxicología | » Juan B. Señorans. |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » Baldomero Sommer. |
| Laringología, otología, rinología | » Eduardo Obejero. |
| Farmacia Teórica | » Juan A. Boeri. |
| Farmacia Práctica | » J. Manuel Irizar. |
| Obstetricia para alumnas parteras | » Juan R. Fernández. |
| Odontología | » Nicasio Etchepareborda. |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Anatomía Descriptiva | Doctor Juan D. Piñero. |
| Anatomía Topográfica | » Avelino Gutiérrez. |
| Histología teórico-práctica | » Rodolfo de Gainza (en ejerc.) |
| Fisiología General y Humana | » Pedro Coronado. |
| Higiene Pública y Privada | » Enrique Revilla. |
| Patología General y Ejercicios clínicos | » Gregorio Araoz Alvaro. |
| Materia Médica y Terapéutica | Dres. Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno. |
| Patología Externa | » Obdulio Hernández (en ejerc.) Pascual Palma. |
| Patología Interna | Doctor Marcial V. Quiroga. |
| Anatomía Patológica | » Carlos Malbrán. |
| Medicina Operatoria | » Diógenes Decond. |
| Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica. | Dres. Enrique Bazterrica (en ejer.) Alfredo Lagarde. |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » Antonio F Piñero. Facundo Larguía. |
| Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica | » Francisco Barraza. Teófilo Moret. |
| Enfermedades nerviosas y su clínica | Doctor José A. Esteves. |
| Enfermedades mentales y clínica respectiva | Vacante. |
| Clínica Quirúrgica | Dres. Juan B. Justo. Alejandro Castro. |
| Clínica Médica | » Abel Ayerza. Julio Mendez Francisco Sicardi (en ejercicio). |
| Obstetricia y Clínica respectiva | Doctor Luis F. Vila. |
| Medicina Legal | » A. Francisco de Veiga. |
| Toxicología | Vacante. |
| Química aplicada á la Medicina | Idem. |
| Farmacia Teórica | Idem. |
| Farmacia Práctica | Idem. |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » Maximiliano Aberastury. |
| Laringología, otología, rinología | » Wenceslao Tello. |
| Obstetricia para alumnas parteras | » E. Pietranera (en ejercicio). |
| Odontología | Vacante. |
| Física Médica | » Juan G. Galeano (interino). |
| Zoología Médica | Vacante. |

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. D. José T. Baca

*A la memoria de mi madre*

*A mi padre*

*A mis hermanos*

A MI MAESTRO Y HERMANO

Dr. D. Juan B. Señorans

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Los brillantes resultados obtenidos con esta operación, unido á su simplicidad é inocuidad casi absoluta que he tenido la oportunidad de observar, me han decidido á elegir este tema para mi trabajo inaugural.

Al cumplir con este precepto reglamentario, tengo el placer de dejar consignado, mi profundo agradecimiento por las sabias lecciones que he recibido de vosotros.

La elitrotomía interligamentaria reclama la anestesia general por cualquiera de los agentes empleados para este fin, cuya elección dependerá por una parte, del estado de la enferma, por otra de la preferencia que tenga el cirujano por alguno de los anestésicos.

Su paralelo no me corresponde hacer, así como tampoco entrar en los detalles que se relacionan á su acción sobre el organismo, ni á los cuidados que es necesario tener durante su administración.

Pasaré á ocuparme del capítulo obligado en la descripción de toda intervención quirúrgica; me refiero á la antisepsia.

Su conocimiento y exacta ejecución es de suma importancia, puesto que de ella depende en su mayor parte el éxito de la operación, mucho más, si recordamos que en este caso se interviene en un paraje donde las investigaciones de Winter y otros, han demostrado la existencia de gérmenes patógenos, cuya desaparición es necesario realizar, obedeciendo de esta manera, á las reglas

establecidas para la cirugía en general, de las que éste no representa sino un caso particular.

Muchas son las sustancias empleadas para la antisepsia en Ginecología, de las que solo hemos usado el bicloruro de mercurio en diferentes soluciones ($1^0/_{00}$ $1^1/_{3000}$ $1^1/_{5000}$) el ácido fénico en solución débil y fuerte y el ácido bórico en la proporción clásica.

La técnica puede dividirse en dos puntos; constituyendo una la preparación de la enferma y la otra la antisepsia propiamente dicha, es decir aquella que se efectúa momentos antes y durante la operación.

La preparación consiste en la limpieza del tubo intestinal, piel, vagina y del útero en la mayoría de los casos.

La primera se hará prescribiendo purgantes, antisépticos intestinales (Naftol, etc.) y será completada por medio de enemas hechos momentos antes de llevar la enferma á la mesa de operación, teniendo por objeto esto, dejar en estado de vacuidad el intestino.

En cuanto á la piel se la obtendrá dando el mismo día y con algunas horas de anticipación un baño general conteniendo solución de sublimado al $1^0/_{00}$.

Por lo que respecta á los preliminares de antisepsia vaginal, es de uso corriente practicar

desde días antes inyecciones antisépticas y taponamiento á la gasa, ya sea simplemente esterilizada ó iodoformada.

El útero es objeto de dilatación por la laminaria ú otros medios, seguido de inyecciones de soluciones antisépticas.

Se procederá á la segunda parte de la antisepsia, cuando la enferma se halle colocada en la mesa operatoria, la que tendrá lugar una vez que la paciente se encuentre en estado de resolución completa, evitando de esta manera que la piel ó la región se ponga en contacto con objetos no asépticos.

Previo cateterismo vesical se afeitará la región y se jabonará perfectamente, extendiéndose hasta arriba del ombligo, para el caso de tener que practicarse la laparatomía. Después de esto se jabonará la vagina.

Una vez extraído el jabón, mediante una corriente de agua esterilizada y caliente se pasará sucesivamente á la piel, alcohol, éter y solución de sublimado al $1^0/_{00}$ y á la vagina se hará inyecciones de la misma solución extendida en mitad de agua caliente, durante la cual se friccionará sus paredes con los dedos medio é índice y de preferencia los fondos de saco.

No debemos olvidar un detalle que tiene su importancia al hacer estas inyecciones de sublima-

do. La posición de la enferma hace que la vagina tenga un declive favorable á la estancación del líquido, cuya permanencia daría lugar á su absorción y como consecuencia á los fenómenos de intoxicación. Se remedia este inconveniente haciendo presión sobre la horquilla de la vulva, consiguiéndose así, variar el declive y dar salida al líquido.

Efectuada la antisepsia de la piel y vagina se cubrirá la primera con compresas esterilizadas y calientes.

Como antisepsia uterina, Boisleux aconseja el raspado, para suprimir lo que pudiera subsistir del foco primitivo de la infección. En rigor hay casos en los cuáles es innecesaria esta práctica, bastando la simple inyección intra-uterina de sublimado al $1^1/_{3000}$.

Dejaré de lado el manual operatorio del raspado uterino, el que una vez efectuado se taponará con gasa y se completa la antisepsia con nuevas irrigaciones vaginales.

Desde este momento nos encontramos en condiciones de proceder á la operación, para la cual se colocará la enferma en la posición dorsosacra, la pelvis un poco levantada, muslos flexonados y separados, los que se mantendrán así por medio de aparatos especiales.

Se podrán en seguida separadores ó vulvas

laterales y una perineal, que serán confiadas á ayudantes con el objeto de poner al alcance del cirujano el punto donde debe practicarse la incisión.

Creo útil, antes de efectuarla, recordar las relaciones é inserción de los ligamentos útero-sacros, uréteres y arteria uterina, cuyo conocimiento ha sido la base del procedimiento ideado por Boisleux.

Los ligamentos útero-sacros se extienden de la parte posterior é inferior del útero á las partes laterales é inferior del sacro. Su dirección es perpendicular al órgano que ellos sostienen y paralelo á la vagina.

La extremidad anterior de estos ligamentos corresponde á la unión de la cara posterior del útero con la pared posterior de la vagina. Al nivel de esta unión cada de ellos se continúan no solamente con el útero, sino también con el del lado opuesto.

Así unidos y confundidos forman una eminencia semi-circular, que abrazan el recto y dividen el compartimento posterior de la pelvis en dos partes; una superior más grande que la otra inferior.

La extremidad posterior de los ligamentos útero-sacros se inserta en la 3 y 4 vértebra sacra, adentro de la sinfisis sacro-iliaca. La cara

anterior inclinada hacia arriba se continúa con la lámina posterior de los ligamentos anchos, y contribuye á formar la foseta retro-ovariana.

Estos ligamentos están formados por un repliegue del peritoneo y por fibras lisas musculares numerosas que se continúan adelante con las de la matriz. A los lados del recto algunas de sus fibras se pierden en la pared posterior del intestino y forman el ligamento recto-uterino. Contienen además en su espesor tejido celular, fibras elásticas, vasos sanguíneos y filetes nerviosos.

El uréter en su porción pelviana está alojado en el espesor del ligamento ancho, donde ocupa sucesivamente el borde inferior y la parte más declive del borde interno.

Por su concavidad se encuentra en relación con el peritoneo, ligamento rodondo y el fondo de la vejiga.

Por su convexidad, después de haber pasado sobre los vasos obturadores y el cordón de la arteria umbilical se aplica á las partes laterales del cuello del útero que cruza en ángulo agudo, se vuelve anterior respondiendo entonces á la cara inferior de la vejiga donde penetra para abrirse á 12 ó 15 milímetros delante la extremidad libre del del cuello. (Sappey).

Al nivel del saco de Douglas los conductos

músculos-membranosos están alejados 8 centímetros y situados en un plano superior al que ocupa la abertura del saco.

La arteria uterina viene de la hipogástrica y está en relación en su origen con el uréter, del que sigue el borde anterior en su trayecto por el interior de la escavación. Al nivel del punto en que el uréter entra en relación con el fondo de saco vaginal, la arteria uterina pasa arriba del uréter, describiendo un arco, sigue en seguida los bordes laterales del útero para anastomosarse con la arteria ovariana.

En el sitio que se flexiona se encuentra muy cercana, centímetro y medio á lo más, del fondo de saco lateral; además en este nivel comienza á dar arteriolas de las que las más inferiores van anastomosarse con las del lado opuesto para formar alrededor del útero, el círculo arterial de Huguier. (Rodríguez).

Continuando después de estos datos anatómicos, la descripción del manual operatorio, diré que una vez descubierta la región, y después de retirar la vulva perineal, se toma el labio posterior del cuello con una pinza de Maseux y se hacen tracciones lentas y moderadas, para confiarla á un ayudante que la mantendrá en esta posición desde el momento que la resistencia es fuerte. Si el útero está inmóvil se contenta-

rá con volverlo más fijo por medio de la pinza.

Mientras se efectúa esta tracción, se observa y palpan dos rebordes en la pared posterior, que forman un ángulo cuyo vértice se encuentra en el útero que están constituídos por los ligamentos útero-sacros.

En el espacio limitado por ellos, se nota una depresión que corresponde al fondo de saco de Douglas, sitio donde deberá hacerse la incisión. Esta tendrá la extensión de 4 á 6 centímetros y empezará á un centímetro debajo de la inserción de los ligamentos en el útero siguiendo la bisectriz del ángulo.

Cuando se practique la incisión, debe colocarse un dedo en el recto, á fin de evitar herirlo.

Efectuada como queda dicho la incisión, el peligro de la hemorragia por sección de las uterinas no existe, así como tampoco el de lesionar los uréteres. Además se evita la sección de los ligamentos útero-sacros, que como sabemos son unos de los esenciales á la estática uterina.

Vuelto el útero á su posición anterior, por la supresión de la pinza, nos encontramos en condiciones de intervenir en los casos de rupturas de adherencias, extirpación de fibromas, etc., que como se comprende requieren manipulaciones diversas, que se verán en las historias que más adelante expongo.

Me ocuparé del capítulo de las afecciones en que la elitrotomía está indicada á la par de otros métodos operatorios, entre los que ella ofrece ventajas, llegando á ser á veces el procedimiento de elección.

I.—Cuando el útero se halla desviado hacia atrás y mantenido en esta posición por adherencias peritoneales, la abertura del fondo de saco posterior, nos ofrece una vía más cómoda y segura que la laparatomía para romper dichas adherencias.

En ciertos casos en que las adherencias de los anexos son como dice Hadra, el origen de síntomas mórbidos y sobre todo de vivos dolores abdominales, destruyéndolas por la elitrotomía, los hará desaparecer y evitará la mutilación de órganos sanos y de suma importancia en la olla genital.

Pero si además nos encontramos con lesiones anexales no quísticas, que como se sabe no ponen en peligro la vida de la enferma pero la ha-

cen insoportable por los dolores incesantes y la repercusión que tienen sobre el estado general, después de haber agotado el tratamiento médico, se practicará la ooforo salpingotomía en la misma sesión.

II.—Donde encuentra su verdadera indicación, es en los casos de prolapso de los ovarios en el fondo de saco de Douglas. Fácilmente se comprende la razón de su ventaja sobre la abertura del vientre, pues tiene menos probabilidad de infección, mayor accesibilidad y rapidez en su ejecución.

III.—Muchos cirujanos como Battey y Hegar, han propuesto la ovariotomía normal, como medio de suprimir desórdenes menstruales, reflejos en que los ovarios son en la mayoría de los casos el punto de partida.

Para efectuarla, se emplean la vía abdominal y la vaginal, pero por lo dicho en el párrafo anterior, debemos dar la preferencia á la elitrotomía.

No solo los desórdenes han originado esta operación, sino que basados en la creencia de que en los ovarios residiera la causa de la histeria, no han dudado proponerla con el fin de obtener la curación de dicha neurosis: pero los resultados no han correspondido á sus ideas, pues si bien hay casos en los cuales la curación

se ha obtenido de una manera completa y definitiva, en cambio hay otros en que la neurosis no ha experimentado mejoría alguna, y por el contrario se han agravado sus síntomas.

Tengo la oportunidad de presentar un caso de histeria tratada quirúrgicamente por elitrotomía, que confirma en parte las ideas de los mencionados cirujanos; pues, si bien, la neurosis ha desaparecido, el tiempo que ha transcurrido no es suficiente para afirmar si esta curación será difinitiva.

IV.—Los fibromas pediculados y pequeños que hacen eminencia en el fondo de saco de Douglas, nacidos en la cara posterior del útero son factibles, por la elitrotomía, de su completa extirpación y aún más, constituyen en estos casos el método de elección.

V. La intervención precoz en los hermatoseles indicada por Recamier; Nelaton estaba basada en la errónea creencia de que era imposible la reabsorción, así como la detención espóntanea de la hemorragia. Esta práctica solo esta justificada en muy pocos casos, pues en la mayoría como está hoy reconocida, la hemorragia es debida á rupturas tubarias en los primeros meses de embarazo ectópico y que si bien dan lugar á síntomas que llegan á tener suma gravedad, retrogradan como lo ha observado muchas ve-

ces el profesor Laroyenne, dejando á las enfermas en reposo, cabeza baja, y el vientre recubierto de una vejiga de hielo. De esta manera la hemorragia se detiene por coágulos que obliteran los vasos, aumento de la presión abdominal y las adherencias que se forman entre las ansas intestinales.

Con este tratamiento, coadyuvado con vesicatorios, y favoreciendo las funciones urinarias é intestinales se logra muchas veces obtener la reabsorción.

Pero cuando el estado general se agrava, apareciendo sudores, escalofríos el tumor aumentando de volumen se hace mas blando, signos que nos hacen sospechar una inflamación supuratoria ó que se observe la estancación urinaria, las neuralgias de los miembros inferiores, etc., fenómenos debidos á la compresión del tumor, el tratamiento quirúrgico es el que se impone.

Para llevarlo á cabo se han adoptado procedimientos diferentes. La laparatomía anterior con Lawzon-Tait, la laparatomía sub-peritoneal de Pozzi y otros la vía vaginal de la cual es gran partidario Laroyenne y algunos de sus discípulos.

La laparatomía transperitoneal ofrece el inconveniente de que es imposible efectuar la marsupialización en la mayoría de los casos y expone á los accidentes de una peritonitis.

El segundo procedimiento sería la vía de elección para los hematoceles extra-peritoneales, pero para los intra-peritoneales se debe dar la preferencia á la intervención por la vagina. Esta, se efectúa de tres maneras: simple punción, la que ha sido abandonada: punción y debridamiento ó procedimiento de Laroyenne, quien despues de practicar este debridamiento por el metrótomo, limpia completamente el foco hemorrágico y establece el drenaje llegando por este medio según dicho autor á obtener ventajas sobre la vía abdominal.

Además no se contenta con extraer el contenido del foco, llega tambien á la extirpación de la trompa rota y del ovario adyacente, consiguiendo de esta manera evitar una septicemia análoga á la que se observa en las retenciones uterinas y los fenómenos dolorosos consecutivos al enclavamiento de estos órganos en los exudados y falsas membranas que tapizan el saco retraído.

Creo sería preferible reemplazar el método de Laroyenne por la incisión interligamentaria, pues esta no ofrece peligro alguno de hemorragia, ventaja considerable que debemos sobre todo tener en cuenta en estos casos en que se trata de enfermas debilitadas ya por la pérdida de sangre anterior.

VI.—Transformada la colección sanguínea en un foco supuratorio ó que la colección purulenta pelviana tenga otro origen, la intervención quirúrgica debe ser la regla.

La expectación es una práctica rechazada.

La presencia de pus en una parte cualquiera del organismo como dice Brickell no debe ser tolerada.

Para obtener su evacuación se han adoptado diferentes vías teniendo en cuenta el sitio que ocupa la colección purulenta. Me referiré á aquellas que pueden ser tratadas por la elitrotomía.

Cuando una colección purulenta hace eminencia en el fondo de saco posterior al que está adherido, se debe aprovechar esta vía, que proporcionará un drenaje fácil y sus consecuencias son inócuas.

Aun también en los casos en que los fondos de saco se hallan esclerosados debido al trabajo inflamatorio antiguo, y que este haya contraído adherencias con los partes vecinas, obtendríamos el mismo resultado que en el otro caso, como lo atestigua la práctica de Laroyenne y sus discípulos.

Los flegmones del ligamento ancho, constituyen otra de las indicaciones, exponiendo á menos peligro que la incisión lateral de la vagina,

y asegura también por los tubos un drenaje perfecto.

Cuando el saco purulento no está fuera de la pequeña pelvis, y no sea muy tabicado, se intervendrá por elitronomía, pero si en vez nos hallamos con un foco muy tabicado, formando lo que se llama esponja purulenta, esta no compromete en nada á la histerectomía, que debe ser el procedimiento de elección.

VII.—En los casos de salpingitis quísticas no purulentas, puede practicarse la elitronomía para evacuar el líquido y obtener su curación, evitando de esta manera la extirpación de órganos importantes, dejando á la paciente en condiciones de contraer un nuevo embarazo, como los casos observados por Laroyenne y el muy interesante de Betrix.

El simple drenaje de estas colecciones pelvianas realiza la curación de una manera definitiva y opone una valla á las histerectomías y ovariotomías que han sido hechas sin razón suficiente para una intervención tan radical.

Esta operación no está libre de objeciones y entre las principales tenemos: la estrechez del orificio vulvar y la formación de fístulas vaginales. La primera tiene escaso valor puesto que puede remediarse con el debridamiento metódico aconsejado por Chaput, como operación

preliminar, y la segunda debe atribuirse más bien á insuficiencia de la incisión y del drenaje.

Las otras objeciones, como el peligro de hemorragia no debe temerse, siempre que se practique la incisión según lo establecido, y la infección peritoneal no puede sostenerse desde el momento que la antisepsia del útero y vagina se efectúen según las reglas aconsejadas.

Como se verá, el número de estas objeciones es menor, si se compara con las que se le hacen con razón á la laparatomía. Las enumeraré rápidamente:

1ª Infección peritoneal, siempre en la mente del cirujano, después que ha operado, aun con la antisepsia más rigurosa; 2ª Schock operatorio, imposible de preveer en muchos casos; 3ª Atonía intestinal primitiva y consecutiva al contacto prolongado con el aire; 4ª Oclusión intestinal; 5ª Eventraciones; 6ª Cicatriz abdominal; 7ª Necesidad de un numeroso arsenal quirúrgico; y, por por último, la influencia que ejerce en las enfermas la abertura del vientre.

La operación de Laroyenne ofrece las desventajas sobre la elitronomía de que expone á hemorragias con frecuencia, á causa de la dirección que da al debridamiento con el metrótomo y cuya detención exige cierta práctica y tiempo; no se efectúa sino en los casos de colecciones

pelvianas y además expone á lesionar el intestino delgado. Las otras objeciones que se pueden hacer á esta operación, son, con excepción de la estrechez del orificio vulvar, las mismas que para la elitrotomía.

De manera que si se tiene en cuenta, los inconvenientes ya indicados, no creo que la elitrotomía deba ser desechada por aquellos que, confiados en la antisepsia, recurren á la laparatomía en todos los casos, sino por el contrario, debe aprovecharse de sus ventajas que son muchas sobre esta, y de algunas muy importantes sobre la de Laroyenne.

Carolina M., italiana, 42 años, casada, costurera.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes personales: No recuerda haber tenido otra enfermedad que viruela á los diez y ocho años. Menstruó por primera vez á los 16, durando las reglas 3 á 4 días. Al tercer mes se le suspendió por tres, después de los cuales regló con regularidad hasta hace 12 años, la que se hizo irregular, dolorosa, abundante á consecuencia de un parto laborioso.

Casada á los 19 años ha tenido 7 abortos, y tres han nacido á término, de los cuales uno solo sobrevive; los otros fallecieron al poco tiempo de nacer. No se ha comprobado antecedente específico en la enferma. Ingresó á la sala VI del Hospital Rawson.

Estado actual. — Al tacto se notó la vagina húmeda y caliente, el cuello uterino aumentado de volumen y ligeramente desgarrado, dando salida por su orificio externo á mucus mezclado con pus y sangre. El histerómetro penetraba

con dificultad 12 centímetros notándose que esto dependía de fungosidades que tapizaban la cavidad.

A la exploración bi-manual aparece aumentado de volumen en retro-latero-versión izquierda perfectamente enclavada.

En el fondo de saco de Douglas se notó la presencia de un cuerpo redondeado del volumen de huevo de gallina, duro, incompletamente liso, algo doloroso y con un grueso pedículo que se perdía en la pared posterior del útero.

Se diagnosticó metritis fungosa. Desviación uterina. Fibroma subseroso pediculado.

Preparada la enferma con tres días de anticipación fué colocada en la mesa operatoria donde se le practicó la anestesia y antisepsia de la manera expuesta anteriormente.

Se le hizo el raspado valiéndose para ello de la cureta de Recamier Pozzi.

Detenida la hemorragia con la inyección cáustica de Doleris y taponado el útero con gasa iodoformada, efectúose la incisión de 5 centímetros por la cual una vez suprimida la pinza de Museux, el cirujano introdujo dos dedos con objeto de desprender las adherencias del útero primeramente y de los anexos después; proceder que se facilitaba mucho hacien-

do que un ayudante colocado una mano en el hipogastrio empujara dicho órgano hacia abajo.

Rotas las adherencias y por consiguiente movilizado el útero y sus anexos hízose un lavaje con solución de acido bórico caliente. Después de esto introdujo nuevamente el operador, los dedos medio é índice por la incisión para tomar el tumor y extraerlo. En esta posición, reemplazó los dedos por la pinza Richelot-Pean comprimiendo fuertemente el pedículo. Se ligó este con seda gruesa y cortado debajo de la pinza, se cauterizó con termocauterio.

Introducido el resto se hizo un lavaje por segunda vez de acido bórico, colocándose después de esto tres puntos de sutura, dos superiores y el otro inferior.

Antes de anudarlos se introdujo un drenaje en cruz formado por 2 tubos verticales y uno horizontal de cauchut, de 0,005 milímetros de diámetro, cuyo objeto era de mantener levantado el útero y sobre todo dar salida á la serosidad sanguinolenta que se produce y cuya acumulación sería perjudicial al peritoneo. Dichos puntos fueron recién anudados; se lavó con acido bórico y espolvoreó la herida con iodoformo, taponándose después la vagina con gasa iodoformada.

El estado de la enferma después de la operación ha sido satisfactorio.

La temperatura ni la respiración han variado de la normal. Su pulso no ha sufrido alteración alguna.

En los días anteriores á la extracción de los puntos de sutura que se efectuó al 5º después de operada, se hicieron inyecciones vaginales con ácido bórico y una sola intra-uterina, siguiendo la indicación de Berlín, pues de esta manera se permite á la mucosa uterina regenerarse más pronto.

Al tercer día se quitaron los tubos de drenaje por no dar salida á serosidad alguna.

Al décimo día la herida estaba completamente cicatrizada.

---

María C., argentina, 18 años, casada.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes personales: A los 8 años sarampión y á los 10 fiebre tifoidea, son las enfermedades que ha padecido antes de la actual.

Menstruó por primera vez á los trece años sin dificultad durante tres días, desde entonces regló con regularidad.

Su enfermedad empezó el año 1890, con fuer-

tes dolores al orinar, al mismo tiempo que un abundante flujo amarillo verdoso salía continuamente de la vagina.

Sometida á tratamiento desaparecen los dolores, pero no el flujo que continúa siendo abundante y blanco.

Abandonando todo tratamiento no tardó en tener fuertes dolores en el hipogastrio sobre todo en el vacío izquierdo, los que se exacerbaban con el trabajo.

La menstruación se hizo dolorosa y abundante, durando mayor número de días. El flujo aumentó.

Ingresada al servicio de Ginecología del doctor Tessi se encontró al tacto la vagina húmeda y caliente; el cuello uterino cónico, ulcerado y con orificio pequeño.

Al especulum se observó una gran cantidad de flujo purulento. Por la exploración bi-manual se encontró un útero pequeño en retroflexión, trompas engrosadas, ovario izquierdo poco aumentado de volumen, el derecho ausente de su posición normal y en el fondo de saco de Douglas se notó la presencia de un cuerpo redondeado, liso, del tamaño de un huevo de gallina, algo fluctuante y sumamente doloroso.

Se diagnosticó metro salpingitis, ovario derecho quístico prolapsado.

Se preparó la enferma como la anterior, haciéndose la dilatación del cuello con la laminaria.

Practicada la antisepsia é incisión se rompieron las adherencias que mantenían al útero en su desviación, el ovario prolapsado, una vez sacado, se reemplazó los dedos con la pinza Pean-Richelot y se ligó el pedículo con el nudo de Lawson-Tait. Se cortó y cauterizó el resto con solución fenicada al 10 %.

Puestos los puntos de sutura y el tubo de drenaje se taponó la vagina con gasa iodoformada.

La marcha de la operada, ha sido como la primera muy satisfactoria, pues con excepción de dolores en el bajo vientre que desaparecieron con la extracción del tubo, siendo reemplazado con gasa iodoformada y los lavajes con solución boricada, la enferma no ha sufrido consecuencia ulterior. En este como en el otro caso se hizo una sola inyección intra-uterina. Al décimo día de operada la herida estaba cicatrizada.

---

Amelia M. de C., 36 años, italiana. Viuda.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes personales: Manifiesta no haber tenido enfermedad alguna anterior á la actual.

Regló por primera vez á los 14 años, siguiendo

siempre regular hasta el principio de su enfermedad. Casada á los 18 años ha tenido en los trece de su vida matrimonial 18 hijos, de los que doce fueron mellizos y los otros seis, uno por año.

Después de su último parto que fué gemelar, sumamente laborioso y acompañado de una hemorragia que puso su vida en peligro, es que data su afección.

Levantada ya de la cama, sintió fuertes dolores localizados en ambas regiones ováricas, que se irradiaban al ombligo, eran intermitentes, haciéndose más intensos, cuando se disgustaba.

La menstruación se hizo irregular, dolorosa, notando además que su vientre aumentaba de volumen.

Sometida á los jeringatorios y baños de asiento sin resultado alguno, durante mucho tiempo, resolvió venir á Buenos Aires dispuesta á operarse de un quiste del ovario que se le había diagnosticado.

Examinada la enferma se encontró su cuello uterino engrosado y desgarrado en su lado izquierdo, el útero grande y en ligera retroflexión, el histerómetro dió 9 centímetros. Las trompas y ovarios normales, pero tan sensibles que á la menor compresión daba un grito y efectuaba bruscos movimientos, procurando evitarla.

La palpación reveló la existencia de una zona

dolorosa formada por las líneas de un triángulo cuyos ángulos correspondían exactamente á los ovarios y al ombligo. Fuera de dicho triángulo no experimentaba dolor alguno á la compresión.

La zona descrita era tan sensible que la enferma no podía soportar el contacto de lo ropa. Con excepción de la parte externa del muslo donde había una pequeña disminución del dolor, tacto y temperatura, no se encontró otra alteración de la sensibilidad.

Los rectos del abdomen se hallaban separados.

Su carácter cambió notablemente. Ha tenido varios ataques de grande y muchísimos de pequeña histeria.

Se diagnosticó ovarialgia.

Los polibromuros, el cloral, antipirina, exalgina, belladona y la electricidad según el procedimiento de Wily, no han dado el resultado buscado.

La castración simulada (ovariana). Con raspado uterino, no produjo tampoco el fin que se quería, á pesar de todo el aparato desplegado con el objeto de convencerla de su realización.

Vista la ineficacia del tratamiento médico y á pedido de la enferma, que clamaba «porque se le sacara los ovarios que la martirizaban y la hacían morir de dolor, prefiriendo la muerte antes de continuar sufriendo tanto». Se resolvió hacer

la ovariotomía por elitrotomía y suturar después los rectos del abdomen.

La preparación, así como la antisepsia y la incisión, no ha variado de los casos precedentes. Sacado el ovario izquierdo, se tomó con la pinza de Hegar, se hizo el nudo de Lawson-Tait, cortó y cauterizó el pedículo al termo-cauterio, haciéndose lo mismo con el otro ovario.

Lavada con solución boricada, se suturó y en lugar del tubo de drenaje, se puso una mecha de gasa hervida, taponándose la vagina con la misma.

Concluida la elitrotomía se le efectuó la sutura de los rectos.

A esta enferma no hubo necesidad de practicar el raspado porque se le había hecho un mes antes y el útero no presentaba alteración alguna.

*Marcha.* — El primer día lo ha pasado relativamente bien, habiendo tenido algunos vómitos clorofórmicos.

Temperatura media, 36.6. Pulsaciones, 72. Respiraciones, 20.

Por la noche se quejó de dolores en el bajo-vientre; se le dió agua y café con cognac.

Día 20 — Los dolores han aumentado. Se hace la primera curación con solución boricada: reemplazóse la mecha haciéndose nuevo taponamiento con gasa hervida.

Por la mañana, temperatura 37.8.

Á la tarde los dolores aumentaron, haciéndose más generales y acompañados de un ligero timpanismo. Los vómitos continuaron. Temperatura 38.

En presencia de estos síntomas, se le aplicó una bolsa de hielo en el vientre, administrándosele, champagne, café y oporto helado, y además un enema de glicerina de 15 gramos, los que se repitieron cada dos horas. Al tercer enema, la enferma experimentó disminución de los dolores y el timpanismo desapareció. Á las 9 p. m. se repitieron los síntomas anteriores para alcanzar á las 12 m. gran intensidad, siendo atenuados por el mismo tratamiento.

Día 21 —La enferma despertó á las 9 a. m., después de haber dormido mediante una inyección de morfina hecha á las 3 a. m.

Su estado es el mismo que el del día anterior; se hizo una nueva curación. La mecha no pudo ser suprimida á causa de la serosidad que aun se producía.

Temperatura 38.

La administración de champagne disminuyó los vómitos considerablemente. La temperatura, respiración y pulso no han variado en nada á la que tenía por la mañana. Á las 9 p. m. una inyección de morfina, la que se repitió á las 11, consiguiendo de esta manera dormir.

Día 22—Los vómitos han desaparecido, sus dolores y timpanismo menos intenso. Hay depresión marcada.

Nueva curación con supresión de la mecha y se taponó la vagina. Temperatura 37.4. Á la tarde la enferma se encuentra relativamente bien, pero su ánimo continúa deprimido. Se le da leche, champagne y café. Temperatura 37.6

Por la noche se le administra una inyección de morfina, con la que logra dormir hasta el otro día.

Día 23—Temperatura 37.1. Nueva curación.

Á la tarde ligeros dolores, la temperatura no ha variado. Á la noche se le inyectó morfina.

Día 24—Nueva curación. Se le sacó los puntos de sutura vaginal y abdominal. En lo demás ninguna variación apreciable.

Día 25—Está más animada y los síntomas han mejorado notablemente.

Día 26— Curación; desde entonces se la practicó día por medio. Los dolores desaparecieron, así como la depresión, saliendo de alta el 26 de Febrero completamente curada, y hasta el 23 de Agosto no sintió molestia alguna.

La zona dolorosa, tan particular en esta enferma, así como los ataques de histeria han desaparecido.

---

M. C. de C., argentina. Viuda, 26 años. Q. D.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes individuales: No ha tenido enfermedad alguna. Su menstruación empezó á los quince años, sin molestia, durando dos días y en poca cantidad. Al tercer mes, supendiósele durante tres, después de los cuales regló con regularidad.

Su enfermedad empezó después del último parto, que tuvo lugar en Agosto de 1891.

Su primer síntoma fué una hemorragia considerable y que se detuvo á los pocos días, repitiéndose en la época menstrual y con dolores.

Un flujo catarral con estrias sanguinolentas se presentaba en los intermedios, sintiendo además dolores en la región ovárica.

El día 16 de Febrero fué examinada en el Consultorio Externo y se notó que á la presión se exacerbaban los dolores que sufría en la pequeña pelvis, sobre todo al nivel del útero y que se irradiaban á ambos lados de preferencia al izquierdo, así como á la región lumbar. Por la vagina flujo catarral.

Al examen bi-manual, el cuello hacia atrás contra el fondo de saco posterior y el cuerpo en el anterior. El cateterismo sumamente difícil dió 7 $^1/_2$ centímetros. Además de estos síntomas

la enferma padecía metrorragias abundantes prolongadas y dolorosas, tenesmo vesical y dispepsia.

Se instituyó el tratamiento correspondiente, pero el 19 de Abril se presentó nuevamente al Consultorio con abundante metrorragia, dolores intolerables, palidez muy marcada, pulso pequeño y frecuente, disnea y temperatura 38.2.

Examinada la enferma se notó en el fondo de saco posterior un tumor blando fluctuante que empujaba el útero fuertemente hacia adelante.

Se hizo el diagnóstico de hematocele pelviano, dándosele entrada á la sala VI, donde se le prescribió hielo al vientre, jeringatorios antisépticos calientes, enemas y píldoras de opio, reposo absoluto con la cabeza baja.

Con este tratamiento el tumor se reabsorbió, pero quedó en el fondo de saco un núcleo indurado, el útero en retroflexión y sólidamente fijo en esta posisión, con dolores al vientre, irrandiándose á los ovarios y ambos miembros.

El 7 de Junio se resolvió hacer la elitrotomía y romper las adherencias, procediéndose para ello como en los casos anteriores.

*Marcha.*—La enferma paso el día y la noche sin molestia á no ser ligeros vómitos clorofórmicos, temperatura 36.8.

8 de Junio—Cesan los vomitos, sintiendo únicamente ligeros dolores en el bajo vientre. Se practicó la primera curación con solución boricada, temperatura 37,1.

9 de Junio—Continúan los dolores. Segunda curación, temperatura 37.

10 Junio—Nueva curación: dolores disminuidos, temperatura 36,8.

11 Junio—Nueva curación: aumento de los dolores, temperatura 37,1.

12 Junio—Lo mismo que el anterior.

13 Junio—Se sacaron los tubos de drenaje y se les reemplazó con gasa iodoformada, y se extrajeron los puntos de sutura.

14 Junio—Se renueva la mecha, los dolores continúan y la temperatura es la normal.

15 Junio—Supresión de la gasa y sólo se hace taponamiento vaginal con gasa-iodoformada. Los dolores desaparecieron. Desde entonces se hicieron curaciones día por medio, no habiéndose notado alteración en los días subsiguientes.

El 28 de Junio salió de alta completamente curada.

---

M. M. de L., italiana, 27 años, casada. Q. D.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes individuales: No ha tenido enfermedad alguna.

Menstruó por primera vez á los 16 años sin molestia. Despues de seis meses, se detuvo durante cinco, reapareciendo después con regularidad. El término que duraba cada menstruación era de 3 á 4 días.

Se casó á los 18 años, tuvo tres hijos de los que el último murió.

Remonta el principio de su enfermedad al último parto que tuvo lugar en Julio del 92 en el que hubo que emplear el forceps, siguiendo una hemorragia abundante. Detenida ésta sintió fuertes dolores en el bajo vientre, los que se irradiaban, sobre todo al lado derecho, coesistiendo con dolor en la región hepática y un ligero tinte ictérico. Estos síntomas duraron ocho días reapareciendo en la época menstrual. Esta era abundante, durando 8 á 10 días acompañada de tenesmo rectal y vesical, tinpanismo, vómitos, elevación de temperatura y dolores insoportables en la región iliaca derecha.

Entrada á la sala VI el 20 de Mayo, se le prescribió hielo al vientre, jeringatorios antisépticos calientes y opio al interior.

Con este tratamiento, la enferma fué mejorando paulatinamente y el 30 de Mayo pudo hacerse el examen que dió el siguiente resultado: Vagina húmeda y caliente, cuello desgarrado

con varias ulceraciones, útero en retroflexión, aumentado de volumen; trompas y ovarios grandes, dolorosos á la presión, encontrándose estos con preferencia el derecho en el fondo de saco de Douglas.

La cavidad uterina media 8 centímetros.

Se diagnosticó metro salpingo ovaritis y prolapso de ambos ovarios.

Aliviada por el tratamiento médico, salió del Hospital para reingresar el 9 de Junio con nuevo empuje de su enfermedad, pero no tan intenso como el anterior.

Después que éste hubo pasado, se resolvió extirpar ambos ovarios y trompas por elitrotomía interligamentaria.

El 20 de Junio, previo cuidados y preparativos como los casos precedentes, se operó. El manual operatorio no ha variado.

*Marcha.*—El primer día sin novedad. Temperatura 36.6.

21 Junio.—Por la mañana, dolores de vientre. Se le efectuó la primera curación.

A la tarde, aumento de los dolores, vómitos frecuentes, vientre abovedado, pulso pequeño, respiración anhelosa, en vista de lo cual se le prescribió un enema, conteniendo 30 gramos de glicerina, el que dió buen resultado.

A la noche, exacerbación de los síntomas,

obligando al practicante hacer nueva curación, quien reemplazó el tubo del drenaje que se encontraba profundamente metido, por una mecha de gasa iodoformada, terminando con taponamiento vaginal.

Nuevo enema de glicerina é inyección de morfina.

22 de Junio.—La enferma se encuentra mejor. Todos los síntomas han desaparecido casi por completo. Temperatura 37.1.

23 Junio.—Nueva curación. Lo pasa sin novedad.

24 Junio.—Ligerísimos dolores en el bajo vientre. La curación se redujo á taponamiento vaginal y extracción de los puntos de sutura.

Dicho taponamiento se repite día por medio hasta el 14 de Julio que sale de alta, curada de su afección genital, subsistiendo sin embargo el dolor hepático y el tinte sub-ictérico, unido á trastornos digestivos pero poco acentuados.

---

Lucrecia F., italiana, 37 años, casada, Q. D.

Antecedentes hereditarios: Buenos.

Antecedentes personales: idem.

Menstruó por primera vez á los 15 años. El principio de su enfermedad data de su penúltimo

parto. La enferma dice haber sentido desde entonces dolores al nivel del útero, que se extendían á la región iliaca derecha y miembro inferior del mismo lado, siendo poco intensos pero que aumentaban al hacer el menor esfuerzo; al mismo tiempo tenía un poco de flujo.

Las reglas eran dolorosas y abundantes.

Después de su último parto, estas molestias se hicieron tan intensas, que la enferma no podía caminar, apareciendo al mismo tiempo trastornos gástricos, tos y palpitaciones por lo cual entró al Hospital.

Examinada la enferma se encontró vagina húmeda, caliente, cuello engrosado, resistente desgarrado del lado derecho.

El cuerpo del útero enclavado hacia atrás con 8 centímetros de profundidad, tapizada la cavidad interina por fungosidades.

Se dianosticó: retroflexión adherente.

El 2 de Agosto se hizo la elitrotomía por el procedimiento ya indicado, se enderezó el útero, que fué mantenido en esta posición por el tubo de drenaje.

*Marcha.* — El primer día lo pasa sin novedad, notándose solamente algunos vómitos clorofórmicos y ligeros dolores al vientre.

Agosto 3. Primera curación. Pasa el día bien.

» 4. Sin novedad.

Agosto 5. Lo mismo. En la curación que se le hace se reemplaza el tubo. Taponamiento vaginal.

» 6. Bien.

» 7. Lo mismo. Se suprime la mecha, se extrae los puntos de sutura, haciéndose simplemente taponamiento vaginal.

Desde entonces la curación se hace día por medio y la enferma sale curada el 31 de Agosto.

JULIO S. SEÑORANS.

Octubre de 1895.

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.—El mio-mio es un veneno muscular.

II.—La cloralosa es un buen hipnótico.

III.—La histerectomía es el mejor tratamiento del cáncer del útero no propagado.

Buenos Aires, Octubre 23 de 1895.

Sírvase dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, una Comisión compuesta del señor Académico Dr. Juan R. Fernández y los señores Profesores suplentes doctores Enrique Bazterrica y Alfredo Lagarde.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
*L. M. Acuña.*

Buenos Aires, Octubre 20 de 1895.

La presente tesis llena las condiciones exigidas por el Reglamento.

J. R. Fernández.
*E. Bazterrica.—Alfredo Lagarde.*

Buenos Aires, Octubre 30 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Leopoldo Montes de Oca.
*L. M. Acuña.*