2952

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

Colecciones purulentas ó sanguíneas de la pelvis

POR LA

abertura del fondo de saco de Douglas y el drenaje

TÈSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ALFREDO FERRARI
FARMACÉUTICO,
EX-FARMACÉUTICO MAYOR DEL HOSPITAL RAWSON (1893-1894)
EX-INTERNO DEL HOSPITAL FRANCÉS (1994-1897)

BUENOS AIRES
IMP. Y LIT. PRINA Y CÍA., CANGALLO 1899 ESQ. RIO BAMBA
1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LAS

Colecciones purulentas ó sanguíneas de la pelvis

POR LA

abertura del fondo de saco de Douglas y el drenaje

TÈSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ALFREDO FERRARI

FARMACÉUTICO,

EX-FARMACÉUTICO MAYOR DEL HOSPITAL RAWSON (1893-1894)

EX-INTERNO DEL HOSPITAL FRANCÉS (1994-1897)

BUENOS AIRES

IMP. Y LIT. PRINA Y CÍA., CANGALLO 1899 ESQ. RIO BAMBA

1897

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

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vice-Decano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » 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
» » Eliseo Canton

Académicos honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia topográfica.	»	Juvenció Z. Arce
Histologia teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general humana.	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clinicos.	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa.	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna.	»	José Penna.
Anatomia patológica.	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica . .	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clínica. .	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes.
	»	Luis Güemes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica.	»	Eliseo Cantón.
Toxicologia.	»	Juan B. Señorans.
Erfermedades venéreas y dermatología.	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia. . . .	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica.	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	»	Juan R. Fernandez.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez.
Histologia teorico-práctica	»	Samuel De Madrid,
Fisiologia general y humana.	»	
Higiene pública y privada . . . , ...	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patalogia general y ejercicios clinicos .	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patologia externa.	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patologia interna. . . . . ,	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica	Dres.	Cárlos Malbran. José Badia.
Medicina operatoria.	Doctor	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	»	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños ysu Clinica . .	Dres.	Antonio P. Fiñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y su Clinica	«	Francisco B rraza.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	«	Teéfilo A. Morel. José A Estevez J. Semprún.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Enfermedades mentales y su Clinica .	Doctor	Benjamin Solari.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clinica médica..	»	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetrica y su Clínica	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga. D. Cavia.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinologia.	»	Wenceslao Tello.
Obstetricia para alumnas parteras . . .	»	Enrique Pietranera. y Janor Velarde
Odontología	»	León Pereira.
Fisica Médica	»	Juan J. Galiano y T. Velarde

PADRINO DE TESIS

Académico

Doctor Juan R. Fernandez

A MIS PADRES Y HERMANAS

A LA MEMORIA DE MI ABUELO

EL DOCTOR JOSÉ CESIO

A MI DISTINGUIDO MAESTRO

EL DOCTOR JORJE LAURE

SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES PROFESORES :

Durante los tres años y medio que he sido practicante del servicio de Ginecologia del Hospital Francés, he presenciado y ayudado á un gran número de operaciones por colecciones pelvianas. Mi distinguido jefe el Dr. JorgeLaure ha practicado ochenta Laparotomias y sobre este número quince han sido hechas por lesiones supurativas de los anexos.

No he visto morir mas que una enferma la que ingreso al establecimiento en plena peritonitis generalizada, pero en cambio vi prolongarse durante largo tiempo supuraciones á causa de taponamientos de Miculiz y por fijación de bolsas supuradas á la pared abdominal.

Sorprendido de los inconvenientes y peligros de las laparotomias, en estos casos, de los inconvenientes sobre todo, pues un gran número de las enfermas vuelven con eventraciones, el Dr. Laure ha querido se-

guir la via trazada por aquellos que han buscado tratar estos casos por la via pelviana.

Este trabajo tiene por objeto la relación de esas observaciones, en el que presentaremos igualmente un cierto número de casos de Hematoceles tratados del mismo modo.

Estos casos poco numerosos, pero son suficientes para probarnos las ventajas que nos proporciona esta manera de intervenir.

Por lo tanto, despues de haber hablado rápidamente del tratamiento de las colecciones pelvianas por la laparotomia, diremos algunas palabras de los inconvenientes que presenta este tratamiento, y seguiremos desarrollando nuestro tema, es decir, la substitución de la laparotomia vaginal á la laparotomia transperitoneal en un cierto número de casos.

I

Supuraciones pelvianas. Lawson Tait dice Pozzi es el primero que se ha propuesto tratar todos los casos del cual nosotros nos ocupamos por la laparotomia.

En su tratado de enfermedades de los ovarios, el ilustre cirujano de Birminghan relata 32 observaciones tratadas de esta manera y con éxito. Su modo de proceder en todos los casos es el mismo: abre el vientre, vacia la bolsa de su contenido y la sutura enseguida á la pared abdominal. La curación se obtiene completa en un intérvalo aproximadamente de 30 dias.

Lawson Tait prueba en conclusión que en sus treinta y dos casos la punción vaginal hubiera sido inútil, nosotros opinamos igualmente de acuerdo con las ideas del distinguido maestro quela punción vaginal, no basta en estos casos, lo mismo que no bastaria tratándose de cualquier otro flegmon.

Tambien dice que aconsejará siempre una insición exploratriz cuando un abceso no puede ser atacado ni vaciado de un modo satisfactorio por abajo.

Aceptando la opinión práctica de este maestro, la

mayor parte de los cirujanos han seguido el mismo procedimiento obteniendo los mejores resultados por la abertura del vientre, marsupialización, y drenaje de la bolsa.

Esta manera de intervenir no está exenta de grandes peligros, en los casos de Hematoceles, el peligro es menor ó casi nulo, pero es más grande cuando se encuentra en presencia de cavidades voluminosas purulentas recientes, es decir, muy sépticas.

Este peligro es aun mayor cuando toda la pequeña pelvis está infiltrada, de pus (1) «conviene dar la opinión de uno de los cirujanos ingleses más distinguidos». J. Greig Smit, dice que: la indicación de una intervención en las inflamaciones supurativas de la pelvis es tan clara y precisa como para cualquier otro abceso y que debe ser llenada sin el menor retardo.

En cuanto al modo de intervenir es necesario tomar en consideración dos condiciones de importancia capital. La primera, es el estado general de la enferma; la segunda, el punto por donde sea más fácil atacar y drenar el abceso. Mi experiencia dice «Grey Smith» me ha enseñado que cuando estos enfermos llaman al cirujano, generalmente están muy mal, acusando una temperatura de (40° 41°) y perturbaciones generales graves. Algunos presentan sintomas de obstrucción intestinal en cuyo caso es menester tomar en séria consideración la situación del abceso.

Un abceso profundamente situado en el interior de la pelvis, no puede ser drenado sin que se haga atravesar al pus una región sana del peritoneo, y por con-

(1) Tratado de cirujia abdominal. J. Greig Smith

siguiente, sin que se exponga más á los peligros de una peritonitis generalizada. Un caso tal seria una indicación formal de la abertura por la via vaginal.

Otra ventaja de la abertura vaginal es que puede ser hecha sin recurrir á la anestesia, y que ella impresiona muy poco la enferma, lo que hemos tenido ocasión de observar en un caso que citaremos.

Este distinguido cirujano dice que está convencido que sosteniendo esta manera de hacer, se encuentra en desacuerdo con cirujanos de mucha competencia los cuales preconizan uniformemente la coeliotomia en todos los abcesos pelvianos; insistiré en los siguientes puntos: muchos de estos enfermos se encuentran en un estado tan precario, que la administración de un anestésico y la abertura del vientre, son procederes infinitamente más graves que la simple punción al través de una mucosa. El drenaje por la vagina puede hacerse en tales condiciones de eficacia que determina un borramiento inmediato de la cavidad del abceso, y si la marcha ulterior de la afección, muestra que la causa ovárica ó salpingica supurada persiste y reclama la extirpación, será posible practicarla más tarde esta intervención cuando el enfermo haya escapado á los peligros de muerte inminente, y tomado las fuerzas necesarias que le permitan someterse á la operación.

En un caso de este género, la abertura del vientre me demostró que el abceso se hallaba localizado tan profundamente en la pelvis, que fué imposible llevar afuera las paredes de la cavidad, en consecuencia abri este abceso por la vagina y suturé la herida de la pared abdominal. En otro caso, un enorme abceso cuyo contenido horriblemente fétido, salia de una larga aguja exploradora por arriba de nuestras cabezas me fué

absolutamente imposible llevar las paredes del saco entre los lábios de la herida abdominal y ha sido necesario poner un drenaje haciéndolo pasar por una rejión en que la serosa estaba sana.

En un caso absolutamente semejante á los precedentes la incisión vaginal da salida á poco más ó menos cinco medidas de un pus horriblemente fétido, y la enferma cura perfectamente bien, aunque habiendo llegado al último grado de agotamiento.

Han curado igualmente bien dos enfermos de la enfermeria que han sido tratados del mismo modo y uno de los cuales no hubiera ciertamente soportado una coeliotomia.

Todos los cirujanos no han sido en efecto tan felices como Lawson Tait y no sé si hay otros que puedan presentar 32 casos de supuraciones pelvianas tratadas por la laparotomia sin mortalidad.

Cuál es la cifra de la mortalidad en los casos de que acabamos de hablar? Pocos cirujanos dan una estadistica tan detallada de sus laparotomias, pero todos están contestes que la mortalidad es relativamente elevada en los casos de Pio Salpinx, con ó sin perimetro salpinjitis supurada. Pozzi cuya habilidad operatoria es conocida, acusa una mortalidad de 8,13 por ciento, Chaback de 30 por ciento.

Agreguemos á esto que en la cirugia pelviana como en la de otras regiones, toda colección purulenta se curará tanto más pronto cuanto el drenaje sea mejor hecho.

Todos los que practican la cirujia abdominal, saben cuan interminables son las fistulas producidas por taponamientos de mikuliz y yo he visto durar una cerca de 15 meses. La cifra de 30 dias dada por Lawsón Tait

me parece demasiado optimista. Después de una laparotomia practicada por un voluminoso hematocele supurado, la enferma no pudo abandonar el Hospital hasta 3 meses después de su operación.

En otra laparotomia con marsupialización por una preñez extrauterina, la enferma permaneció en el Hospital durante el término de 4 meses á consecuencia de una fistula de alguna profundidad que no se obliteraba.

Agreguemos á esto que la enferma presentó poco despues una eventración y por consiguiente debió someterse nuevamente á otra operación bastante laboriosa.

No solamente es cosa dificil la curación de una cavidad purulenta, cuyo asiento es el fondo de la pelvis y donde el pus estagna, sinó que en un gran número de estos casos la mayoria de las enfermas vuelven al hospital con eventraciones, lo que no es cosa indiferente.

Los cirujanos norte-americanos, dice Delbet, temen mucho la eventración y aún sin temerla en extremo, dicha complicación es enojosa. La operación de la eventración es laboriosa, he visto algunas veces diverticulos peritoneales, los cuales disecaban los diversos planos del abdómen necesitando una operación más larga seguramente que la que habia sido practicada por la lesión primitiva.

Delbet dice, con sobrada razón, que no se sabe la proporción de eventraciones consecutivas á las laparotomias y creemos poder adelantar que el mayor número de laparotomias seguido de drenaje con fijación de la bolsa á la pared abdominal dan eventraciones.

Lo que hace dificil establecer la proporción de las

eventraciones es que las enfermas que las tienen no acuden habitualmente al mismo cirujano. En una semana he visto operar en el Hospital Francés dos mujeres presentando dos enormes eventraciones, y sin embargo los dos cirujanos que habian practicado la primera laparotomia fueron el uno Pozzi y el otro nuestro malogrado maestro Pirovano.

La formación de estas eventraciones no es difícil de esplicar, la fijación de una bolsa á la pared abdominal impide absolutamente la sutura por planos tan importantes y tan justamente recomendada por Pozzi.

El hecho de trabajar fuera del peritoneo presenta por lo tanto inmensas ventajas sobre las cuales es inútil insistir más.

II

Asi Pean, Segond, Mundé, Laroyenne, etc., han rendido un gran servicio proponiendo tratar esos casos por la via vaginal como lo hace también Greit Smith. Pean, cirujano de una habilidad extraordinaria, propone los grandes medios.

En los casos de supuraciones pelvianas dice él, extraed la matriz os creareis asi una cavidad enorme en el medio mismo de la región pelviana, vos escavareis la bóveda de dicha región pudiendo destruir las bolsas supuradas, drenarlas, y curar asi las enfermas mejor que con las laparotomias.

Pean cita 60 casos operados asi sin muerte, nosotros repetimos de Pean lo que hemos dicho de Lawson Tait cirujano extremadamente hábil y que da una estadistica difícil de imitar; Segond, igualmente muy distinguido cirujano, da resultados notables, pero ya menos brillantes.

Laroyenne quiere imitarlos pero con medios menos violentos, él se conforma con puncionar el tumor desde luego, debridar enseguida la punción, después drenar con un tubo y queda satisfecho de los resultados obtenidos.

Laroyenne hace con razón una recomendación importante y es la de hacer bajar por la mano de un ayudante la trompa purulenta para hacerla más accesible por la via vaginal.

Este mismo cirujano hace notar que no es suficiente abrir el fondo de saco posterior y vaciar la bolsa para curar la enferma, dice que la primera colección no es otra cosa que pus proveniente de la peritonitis pelvians y que es menester ir en busca de las trompas más arriba y abrirlas, pues sin esto hay recidivas.

Vuillet de Ginebra sigue la misma conducta que Laroyenne y en el último Congreso de Ginecologia de Bordeaux, Vuillet relata 42 casos de derrames tubarios tratados por la simple punción ó por ésta seguida de drenaje, seguida de excelentes resultados.

Para este cirujano el tratamiento verdaderamente Ginecológico de estas colecciones es ese.

Aqui si yo pienso que la histerectomia preconizada por Pean puede ser evitada por ser muy grave, creo por otra parte que la punción no es suficiente y por este motivo el Doctor Laure emplea de preferencia un procedimiento que es, en una palabra, el de Mundé (nihil novi sul sole) y que consiste en la incisión ámplia del fondo de saco posterior. Vanos por lo tanto á describir la manera de proceder.

III

Descripción de la operación. La vagina es desinfectada con un cuidado especial, pues, se trata penetrar en el peritoneo.

Enferma en la posición de la talla, no es exacto como dice Delbet, que el hecho de ser vírgen ó nilípara constituya una contraindicación ¡no! pues con el cloroformo yo he observado que se llega siempre á dilatar suficientemente la cavidad vaginal. Una de nuestras operadas casada hacia dos meses tenia la vagina muy estrecha, y sin embargo la operación fué muy rápida y sin dificultad.

El cuello es fuertemente tomado por el labio posterior y llevado hacia arriba haciendo accesible el fondo de saco por medio de una valva colocada en la pared recto vaginal, ¿es necesario separar los tejidos capa por capa?

Esta conducta es evidentemente más sabia pero hasta el presente nosotros no la seguimos limitándonos á hendir rápidamente con algunos golpes de tijeras hasta el peritoneo.

Cualesquiera que sea el asiento ó localización del

tumor, se hace la incisión en el fondo de saco posterior, esta incisión es curvilinea y está limitada hacia adelante por la prolongación del diámetro transversal del cuello.

En los tumores tubarios netamente laterales, es necesario guardarse de pasar hacia adelante de este límite; yo he tenido ocasión de ver en una operación hecha por un distinguido colega una hemorragia bastante abundante debido á una incisión demasiado anterior.

Despues de haber abierto el fondo de saco posterior anchamente, se puede siempre ir á atacar una colección lateral, de la trompa ó del ligamenio ancho por su porción inferior. Algunas veces la seción produce una hemorragia algo abundante la cual se detiene aplicando una ó dos pinzas de Richelot.

Nosotros estamos en el peritoneo el cual abrimos de diversos modos; cuando se trata de una trompa como sucede en la observación Nº 1 ó 2 con una pinza de curación ó tijeras de punta roma se pasa á través del peritoneo y entra directamente en la trompa. En los casos en que se trata de salpinjitis voluminosas, pero libres en la pequeña pelvis, lo más amenudo se penetra primero en una cavidad de donde se escurre una cantidad más ó menos grande de pus, pero la operación no está terminada. Hay que ir á buscar las trompas y por eso es menester seguir absolutamente la recomendación de Laroyenne y hacer apoyar sobre el tumor, por un ayudante entendido que se haya dado cuenta él mismo del estado de los anexos.

La incision transversal, que debe tener á lo menos unos cinco centimetros de ancho, permite introducir el indice y el medio de la mano derecha que se sienten

inmediatamente tomados entre adherencias. Se la desgarra lentamente y ayudándose del tacto intraperitoneal bimanual no se tarda en descubrir algunas veces muy arriba una ó dos bolsas resistentes y fluctuantes. Son las trompas, donde está el asiento principal de la lesión. Fijándolas por la mano izquierda supra-abdominal, se les vacia con un instrumento de punta roma ó una pinza de curación. La penetración del instrumento es seguida por la salida de una gran cantidad de pus, mayor aún separando las ramas de la pinza, la que es retirada, y los dos dedos de la mano derecha continuan el trabajo dándose cuenta del grado de la abertura, y ayudando al mismo tiempo la estracción de los coágulos ó de los grumos purulentos. Como lo hace notar Laroyenne con razón, es mejor no recurrir al procedimiento algo peligroso de Mundé que practica el raclaje de la bolsa. Nosotros como no podemos estar seguros de haber abierto á pesar de las precauciones tomadas, en un punto la bolsa purulenta que es puesta en relación con la gran cavidad peritoneal, nos abstenemos de toda inyección antiséptica, rellenando rápidamente y tan completamente como sea posible toda la cavidad con gaza yodoformada.

Una operación semejante para quien tiene el hábito de operar dura 1[4 de hora poco más ó menos.

La operación se ha terminado pero la enferma no está curada y el tratamiento será laborioso durante algunas semanas. Será menester que á partir del segundo dia de la operación den comienzo los lavajes antisépticos de la bolsa, en este momento ya el liquido no penetra mas en la cavidad peritoneal.

Nosotros curamos nuestras enfermas todos los dias durante las dos ó tres primeras semanas variando la

naturaleza de los liquidos antisépticos (lo mas amenudo alternamos con lisol y sublimado).

Una vez hecho el lavaje, rellenamos la cavidad con una larga mecha de gaza embebida de glicerina yodoformada al 10 °/o, prefiriendo esta mecha que tiene una acción local sobre los tejidos al tubo de drenaje.

Al cabo de tres semanas la cavidad está cerrada y nos encontramos en presencia de una fistula que no molesta mas á la enferma. Escepto en un caso, todas las operadas han podido nuevamente tomar sus ocupaciones antes de la quinta semana.

¿En qué momento es menester operar estas enfermas? —La operación que nosotros practicamos tiene la ventaja considerable de poder ser hecha inmediatamente que comienza la enfermedad.

Las investigaciones de Boileau habiendo demostrado que el pus reciente de las afecciones pelvianas es muy virulento, los cirujanos tienen la costumbre de esperar en estos casos algun tiempo antes de abrir el vientre. Recientemente hemos observado una colección purulenta enorme en una enferma que no quiso hacerse operar, pues un distinguido cirujano queria esperar dos ó tres meses despues para practicarle una operación; yo ignoro como se terminó este caso, pero la siguiente observación nos muestra que semejante abstención puede ser de fatales consecuencias para la enferma.

Observacion Nº I.

Flegmon pelviano

Señora R., 35 años, casada, sufria desde largo tiempo de los anexos agravándose su mal; ella llama al doctor J. Laure quien diagnostica un poussé de pelvi peritonitis de origen tubario, apesar del tratamiento antiflojistico los sintomas redoblan en intensidad. Al exámen se encuentra un grueso tumor en el fondo de saco derecho que hace bien pronto saliencia en el fondo de saco de Douglas: temperatura poco elevada pero constante. El poussé de pelvi peritonitis habia comenzado en los primeros dias de Octubre del año 96: en vista que el estado de la enferma no mejora, se llama en consulta al doctor J. R. Fernandez, quien de acuerdo con el doctor Laure, se deciden operar la enferma por la via vajinal; al dia siguiente momentos antes de efectuarse dicha operación se aperciben que el abceso se ha vaciado espontáneamente por el recto.

La cantidad de pus espulsada era considerable; el tumor habia desaparecido, los médicos deciden esperar, y no intervenir, pero á partir de este momento el estado de la enferma se agrava muy rápidamente y muere de infeccion una semana despues.

En todas las observaciones que van á continuacion hemos intervenido cuanto antes y siempre obtenido buen resultado.

Observacion Nº. II.

Flegmon pelviano

Enriqueta P., 38 años, casada, tuvo un aborto hace 6 años, desde entonces ha sufrido casi siempre del vientre.

El 12 de Agosto esta señora consulta al doctor Laure, quien despues del exámen constata lo siguiente: mujer en condiciones fisiológicas deplorables, demacrada y extremadamente fatigada debido al exceso de trabajo que le ocasiona su oficio de modista.

Los órganos genitales no presentan nada de especial, matriz en anteversión, los anexos un poco aumentados de volumen y dolorosos, pero sin lesiones muy marcadas. Se aconseja á la enferma de irse al campo en busca de descanso y de reponer sus fuerzas. Siguiendo este consejo la paciente se dirije á V. Catalinas en donde la misma noche de llegar es sorprendida por violentos dolores al vientre, escalofrios y fiebre elevada á 40º. Al dia siguiente es llamado el doctor Laure quien al llegar se encuentra á esta señora en plena peritonitis, los dolores son intensos y la situacion mala. Siguiendo los consejos del facultativo la mujer vuelve á la ciudad donde es sometida al tratamiento antiflojistico, hielo sobre el vientre, inyecciones vajinales calientes etc., y los sintomas se modifican un poco.

Exámen Ginecológico.—El vientre presenta una tu-

mefacción que llega hasta el ombligo y que se hace sensible á la vista y á la palpación.

El tacto no da nada de bien neto, una sensacion de plenitud de la pequeña pelvis pero nada hace proeminencia en los fondos de saco, temperatura 38° en la noche, 37° por la mañana.

Diagnósticō.—Flegmon pelviano, probablemente de origen tubario, se decide intervenir é ir en busca de pus por la vía vaginal.

Operación.—La operación es practicada el 13 de Agosto de 1897, procediendo segun lo hemos descrito anteriormente, algunos golpes de tijera nos conducen rápidamente en una primera cavidad de donde sale pus mezclado á serocidad y sangre, esta es la infiltracion habitual á la que nos referimos anteriormente y que se encuentra en el fondo de saco en todos estos casos; prolongamos la incision á fin de hacer penetrar los dos dedos de la mano derecha y con las tijeras habrimos una primera bolsa situada á la derecha, conteniendo una gran cantidad de pus muy fétido; una segunda bolsa es abierta á izquierda, encontrando toda la pequeña pelvis llena de pus; despues de hecha la evacuación de la bolsa hacemos penetrar una larga mecha de gaza yodoformada en la cavidad.

Post operatorio. Los resultados de la operación son muy buenos, la fiebre cae y la enferma comienza á alimentarse, la bolsa se estrecha rápidamente y las mechas de gaza yodoformada son cambiadas diariamente. La enferma vuelve á tomar sus ocupaciones habituales 5 semanas despues de la operación y á los dos meses se halla curada completamente.

Observación Nº III

Hospital Francés servicio del doctor Laure, Pabellón Bieckert

Pius salpinx izquierdo—Rosa L. 22 años, profesional, sin hijos ni abortos.

Antecedentes hereditarios. Nada de particular.

Antecedentes personales. No recuerda haber tenido enfermedad alguna.

Esta enferma llama al doctor Laure en Septiembre del año 96, quien despues del exámen diagnostica Bartolinitis, y opera.

En Enero del 97, recurre nuevamente al doctor el que se encuentra con una enferma en buen estado de nutrición, sufriendo dolores en la fosa iliaca derecha con escalofrios, fiebre, etc... aconsejada por el mismo entra al Hospital.

Exámen ginecolójico. En este exámen se descubre por el tacto un tumor localizado á derecha, del tamaño de un huevo de pato, matriz normal, etc...

Diagnóstico. Pio salpinx.

Operación. Siguiendo las reglas clásicas se abre el fondo de saco, se fija y perfora el tumor por medio de una pinza larga, se evacua la bolsa rellenándola acto continuo de gaza yodoformada, se hace la primera curación al dia siguiente, y diariamente durante los 15 primeros dias; dándose de alta á los 22 dias de la operación.

Observación N° IV

Hospital Francés servicio del doctor Laure, (*Sala* 5ª)

Quiste hidatidico supurado del fondo de saco de Douglas y salpingitis supurada.

Josefina W., 35 años, casada, con 2 hijos, artista de profesión.

Antecedentes hereditarios. Sus padres viven sanos, un hermano murió tuberculoso.

Antecedentes personales. Buenos, no recuerda haber tenido enfermedad alguna, menstruó por primera vez á los 14 años, siendo sus reglas regulares y abundantes. Sus primeros sufrimientos datan desde el último parto despues del cual tuvo hemorragias, no da datos precisos de su duración.

El 1° de Noviembre, la enferma es tomada bruscamente de escalofrios, dolores violentos en el bajo vientre, vómitos, etc...

El mismo dia llama al doctor Laure quien despues del exámen constata lo siguiente:

Mujer en malas condiciones de nutrición y pálida debido á sus enormes pérdidas.

Exámen ginecolójico. Los órganos genitales no presentaban nada de particular, la matriz en anteversión movible, sumamente dolorosa al tacto, en los fondos de saco se siente un tumor que llena la pelvis menor, fluctuante, el exámen del vientre doloroso, timpanismo muy marcado temperatura de 39.8, pulso rápido, etc...

Se aconseja á la enferma trasladarse al Hospital donde se la somete á un tratamiento antiflogistico, se le aplica hielo en el vientre, se le administra poción Rivier á fin de evitar los vómitos que cada vez se hacen más repetidos y una inyección de morfina para calmar los dolores.

En la noche del mismo dia la temperatura marca 40°5, el 3 por la mañana 38° y con pequeñas oscilaciones hasta el 12; ha pasado la enferma el periodo agudo.

Es nuevamente examinada por el doctor Laure, siendo operada al dia siguiente.

Dianóstico. Flegmón pelviano.

Operación.—Prévia anestesia clorofórmica y antisepsia del campo operatorio se procede á la operación.

Enferma en la posiciòn de la talla se colocan valvas y se toma el cuello con una pinza herina, se hace accesible el tumor y punciona sacando un liquido de naturaleza purulenta; se hace una incisión de 4 centimetros con tijeras é inmediatamente se presenta una membrana blanca que hace hernia en la herida, se toma con una pinza y se reconoce una membrana hidatidica; la cavidad es enorme, se la vacia de todo su contenido, pus, y vesiculas hidatidicas, se introducen entonces dos dedos y se siente haciendo proeminencia en esta cavidad, un tumor voluminoso y fluctuante, respondiendo á la situación de la trompa derecha, dicho tumor abierto deja escapar una gran cantidad de pus; se trataba de un qiste hidatidico desarrollado en el Douglas infectado probablemente por la trompa cuya lesión databa de mucho tiempo.

Dia de la operación temperatura 39, pulso á 110, al dia siguiente 37°4, al tercer dia 37, por la mañana 36,8.

La enferma es curada con lisol y sublimado alternamente, el drenaje se hace perfectamente, la bolsa disminuye notablemente, y 40 dias despues de la operación la enferma se va completamente restablecida.

Observación N° V

Hospital Francés, servicio del Dr. Laure,

Pabellon Bieckert.

Salpinjitis purulenta.—Lida D. Argentina, 18 años de edad, casada, dedicada á los quehaceres de su sexo, entra al Hospital Francés el 26 de Agosto de 1897 y va á ocupar la cama n° 7 del Pabellón Bieckert, servicio del Dr. Laure.

Antecedentes hereditarios.—Nada importante que señalar, sus padres viven y son sanos.

Antecedentes personales.—Tuvo sarampión á los 3 años, escarlatina á los 13, después de ésta no ha tenido ninguna otra enfermedad. Menstruó á los 13 años por primera vez y después de un periodo de 9 meses en que no vió nada, las reglas reaparecieron con regularidad y abundancia.

Se casó hace 3 meses y desde sus primeras relaciones sexuales, sufrió durante la micción que era frecuente, de 15 á 20 veces por dia. Al cabo de 2 semanas sobrevienen escalofrios, fiebre, dolores muy fuertes en el vientre, sobre todo del lado derecho, el reposo, la inyecciones vaginales calientes aconsejadas por la se-

ñora Doctora Parlwosky lo mismo que los tapones de Icchtiol no la calman, los dolores continuan sin atenuarse en lo más minimo, con irradiaciones al pubis, caderas y miembros inferiores; la enferma entra al Hospital á indicación de la Doctora Rosa Parlowsky.

El estado actual dá los siguientes datos. Mujer en buen estado de nutrición, algo pálida debido á los sufrimientos.

El exámen genital.—Nos muestra la vulva normal, vagina corta, el cuello del útero á 6 centimetros del orificio vulvar, sin ulceraciones, pequeño, un poco desviado del lado izquierdo, desviación que está de acuerdo con los datos que nos da la palpación bimanual que constata la matriz en lateroversión, los anexos del lado izquierdo en buen estado, del lado derecho se siente un tumor del tamaño de una cabeza de feto de 6 meses, situado en el fondo del saco lateral derecho.

Diagnóstico.—Se diagnostica pio salpinx derecho, resolviendo el Dr. Laure intervenir.

Operación.—Prévia anestesia clorofórmica y antisepsia del campo operatorio, se procede á la operación; colocadas un par de valvas se toma el cuello con una pinza herina para fijar la matriz y hacer accesible el tumor, el fondo de saco bien visible, se hace en la linea media inmediatamente donde termina el cuello una incisión de 4 centimetros, hecho ésto, se introduce el dedo que esplora y trata de sentir el tumor; una vez que lo ha logrado, un ayundante fija dicho tumor, el cual es perforado y abierto con una pinza larga, aparreciendo acto continuo una cantidad de pus equivalente á (500 gramos) de un olor muy fétido; sin hacer

irrigaciòn en el fondo de la cavidad, se rellena la bolsa con gaza iodoformada.

Post operatorio.—La enferma se ha sentido bien y no ha presentado ningnn sintoma alarmante; los dolores han desaparecido, la temperatura se ha mantenido normal, no ha habido reacción del lado del peritoneo; al tercer dia se sacan las mechas de gaza iodoformada y se hace un lavaje con lisol al 10 °/oo, volviendo á taponar la cavidad; esta curación se renueva diariamente la primra semana, y después cada 2 dias; 15 dias despues reaparecen los dolores debido á que la herida vaginal se ha estenosado y el drenaje no se efectúa, nueva incisión prévia anestesia, se siguen los lavajes con sublimado á 1 por 2°/oo, hasta el 22 de Octubre dia en que se le da de alta.

Observación N° VI

Hospital Francés, servicio del Dr. Laure,

Pabellon Biéckert

Flegmon pelviano Albuminuria.—Operación con anestesia local.

Serafina C., Argentina, 31 años de edad, dedicada á los quehaceres de su casa, casada, entra al hospital el dia 21 de Septiembre y va á ocupar la cama n° 5 del Pabellón Biéckert.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres han fallecido

siendo sanos, tienen 3 hermanos y un hermana en buen estado de salud.

Antecedentes personales.—Tuvo escarlatina á los 3 años y sarampión á los 29; la enferma no da ningún dato que pueda hacer creer haber existido una nefritis consecutiva á las enfermedades antes citadas.

Regló á los 13 años por primera vez y sin dolor, después ha continuado reglando regularmente, ha tenido siempre leucorrea, tuvo 2 hijos y 4 abortos, los cuales fueron normales y sin consecuencias, excepción hecha del último que es el principio de la actual enfermedad. La enferma perdió sangre después de este último, durante el periodo de 40 dias, al cabo de los cuales se declaró un sarampión, apareciendo casi simultáneamente dolores al bajo vientre, escalofrios, fiebre, etc: 15 dias después espulsaba por la via rectal materias fecales mezcladas con pus y los dolores desaparecen quedando la enferma restablecida; 40 dias después es operada de un raspado; 50 dias mas tarde sobreviene una fuerte hemorragia, se le efectúa un nuevo raspado, el mismo dia cuenta que se declaró una peritonitis con escalofrios, fiebre, vómitos, timpanismo, delirio etc... 14 dias después se extrae por la via vaginal haciendo una punción un litro de liquido sero, sanguinolento, el apetito no vuelve; el estado general no mejora, los dolores reaparecen al mes y en vista de su persistencia se decide entrar al Hospital.

Estado actual.—Mujer en mal estado de nutrición, sumamente pálida, sin fuerzas para andar, con tos y sudores por la noche, temperatura vesperal de 38°, orinas raras y conteniendo albumina en la proporción de 1 á 4 gramos por mil, alternativas entre constipación y diarrea, etc.

El exámen de los aparatos circulatorios, respiratorio y dijestivo no nos dá ningún dato importante.

Exámen ginecológico.—Vulva y vajina normal, periné poco resistente, cuello ulcerado, grandes, con cicatrices provenientes de desgarraduras en el momento del parto; al tacto y palpación combinadas se constata que la matriz está en posición normal; los anexos están en buen estado.

En el fondo de saco de Douglas se constata un tumor fluctuante, no doloroso, que llena la pelois menor y hace proeminencia en la vajina.

Diagnóstico.—Teniendo en cuenta los antecedentes enumerados y los signos fisicos constatados se hace diagnóstico de abceso pelviano.

Operación.—Visto el mal estado de la enferma, su lesion renal y la necesidad urjente de una intervención, los doctores R. Fernandez y Laure se deciden operarla al dia siguiente sin cloroformo.

Operación.—Previa antisepcia del campo operatorio y despues de anestesia local por el cloretilo, se hace una incisión ámplia con bisturi y tijeras sobre el tumor que hace proheminencia en la vajina, incision que da salida á un litro de pus cremoso y sumameute fétido, drenaje, consistente en varias mechas de gaza yodoformada.

Post operatorio—La temperatura sigue la marcha signiente:

Dia 22.—De 36° 8. Al dia siguiente de ser operada.

Dia 23,—38°6.

» 24.—Baja á 36°4 y por la noche á 36°6 y despues la temperatura á continuado bajo 37°. La enferma fué curada por primera vez al dia siguiente de ser operada con una solucion débil de lisol, y asi sucesi-

vamente se hizo una curacion diaria, dando la preferencia al bicloruro, una vez que las adherencias se consideran formadas.

En vista de la albumina encontrada en las orinas se somete la enferma á régimen lacteo exclusivo, haciéndosele injerir de 3 á 4 litros por dia.

La enferma sigue en tratamiento habiendo mejorado el estado general notablemente.

Observacion Nº VII

Hospital Francés, servicio del Doctor Laure

(Pabellon Bieckert)

Pio salpiux doble.—Sofia S., 26 años, profesional, tuvo un hijo, y un aborto hace 6 años.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres viven sanos.

Antecedentes personales—No recuerda abstracción hecha de algunos desarreglos insignificantes ni haber tenido enfermedad alguna.

Estado actual.—Mujer en buen estado de nutrición, llama por sentir dolores al vientre, escalofrios, vómitos, etc., al doctor Laure quien despues de un exámen minucioso diagnostica, Pio salpiux y aconseja á la enferma entrar al Hospital donde se le somete al tratamiento ordinario, inyecciones calientes, tapones con Icchtiol, hielo en el vientre etc. . . . . los dolores continúan y la enferma es operada.

Operación.—Siguiendo las mismas reglas que en las

anteriores, se abre primero una bolsa á derecha, gran cantidad de pus, drenaje, etc. . . . .

La enferma sigue sufriendo, ocho dias despues prévia anestesia clorofórmica y antisepsia del campo operatorio, se busca y se encuentra un nuevo foco de pus á izquierda, drenaje, taponamiento de la bolsa con gaza inhibida de glicerina yodoformada, etc.

Post operatorio.—Los resultados excelentes, la temperatura cae, el apetito vuelve y el estado general mejora. Dos meses despues se le da de alta.

A los 5 meses volvimos á ver la enferma en perfecto estado de salud.

Tratamiento de los hematoceles pelvianos por la misma operación

Desde luego, es ó no es necesario operar el hematocele pelviano?

Segun Pozzi una intervencion activa no es lejitima sinó por la aparición de accidentes graves, ó que puedan ocasionar la muerte de la enferma. Y sin embargo) Pozzi describiendo la marcha del hematocele, dice que aun en los casos felices las enfermas quedan incapaces de marchar y expuestas á pequeños poussés de peritonitis.

La observación siguiente comprueba lo que acabamos de decir.

Observacion N° VIII

Señora X., casada, 22 años de edad, sin hijos ni abortos, hace 8 meses presentaba todos los sintomas clásicos de un hematocele intraperitoneal, dolores aparecidos bruscamente, lipotimias, etc., en esta época el médico llamado, diagnostica un hematocele é instituye el tratamiento. Los sintomas generales se aminoran, pero el tumor que fué constatado desde el comienzo no disminuye absolutamente.

La familia de la paciente no queriendo resolverse á una operacion, llama en consulta á varios médicos, determinando de comun acuerdo operarla.

La operacion fué practicada por el doctor Greel ayudado por los doctores Laure y Rolliqer. El tumor del tamaño de una gruesa naranja fué incindido, saliendo una gran cantidad de coágulos color jugo de ciruelas.

La operación fué seguida por el tratamiento ordinario, y seis semanas más tarde la enferma estaba curada.

Esta observación es tipica y he observado un buen número de otros casos semejantes.

He visto mujeres llevando un hematocele, en via de reabsorcion, espuestas al peligro de la supuracion y ruptura de la bolsa con sus consecuencias, tanto más graves en las obreras; tales son los dos hechos que lo han inducido tratar todos los hematoceles indistintamente.

Qué tratamiento aplicarles? Las mismas razones que nos han hecho militar por la substitucion de la colpotomia á la laporotomia en las supuraciones pelvianas existen naturalmente cuando se trata de colecciones sanguineas.

El doctor Laure ha operado de este modo unos diez casos que dieron el resultado esperado. Este número demasiado limitado no permite naturalmente formular conclusiones absolutas, pero estimula á no permanecer con los brazos cruzados ante una afección que de por si misma hace á una mujer impotente durante largos meses.

Observación Nº IX

Hospital Francés servicio del Dr. Laure
(Pabellón Biekert)

Embarazo extrauterino.—Hemorragias.

Sofia K., Alemana, profesional, 24 años.

Antecedentes hereditarios.—Nada de particular.

Antecedentes personales.—No recuerda sino haber tenido una fiebre gástrica á los 12 años.

Estado actual.—Mujer en buen estado de nutrición. Encontrándose con dolores al vientre y hemorragias, se hizo reconocer por un facultativo que dijo se trataba de un aborto; luego, no conforme con ese diágnostico, recorrió al Dr. Laure el que opinó del mismo modo y le aconsejó, reposo, inyecciones vaginales calientes, etc... la situación es lamisma, ligeros dolores al vientre y hemorragias repetidas.

Pocos dias despues los dolores le aumentan mucho y una noche habiendo sido acometida por un dolor sumamente brusco en el bajo vientre, seguido de lipotimias, recurre nuevamente al Dr. Laure.

El aspecto de la enferma pálida y demacrada presenta sintomas exteriores de anemia.

Exámen genital.—Confirma la primera impresión, se trata de un hematocele.

En razon de los antecedentes de la enfermedad, el diagnóstico de embarazo extrauterino se impone y la enferma es conducida al Hospital.

Tratamiento.—El ordinario, hielo en el vientre etc... el tumor hace proeminencia en el fondo de saco posterior y á los 15 dias permanece en el mismo estado sin aumentar ni disminuir, es entonces que nos decidimos operar.

Operación.—Siguiendo las reglas ordinarias prévia anestesia clorofórmica y antisépsia del campo operatorio, se procede á abrir el tumor entrando con la mayor facilidad en él y extrayendo una enorme cantidad de coágulos en el que no se encuentra ningún vestigio de feto; probablemente se ha reabsorbido.

Los dedos introducidos en la cavidad dan una sensación algo parecida á una placenta, sin exagerar el tacto por temor de hemorragia, se efectúa un taponamiento con gaza yodoformada, de la bolsa. Dos dias despues se hace el primer lavaje, la enferma sigue bien, al cuarto dia, mientras se lava, nueva hemorragia, gran irrigación caliente.

En la noche del mismo dia fiebre á 40°, pulso á 160, estado general deplorable, inyecciones de cafeina y dermoclisis.

Curaciones tres veces por dia durante una semana, al comenzar la segunda la bolsa habia disminuido, el estado de la enferma mejorado, y dos meses despues, de la operación la enferma está completamente restablecida.

Observacion N° X

Hospital Francés servicio del Dr. Laure

(*Sala I*)

Hematocele pelviano.—Rosa H., Francesa, 25 años, casada, dedicada á los quehaceres de su sexo, entra al Hospital el dia 7 de Agosto de 1897 y va á ocupar la cama núm. 2 servicio del Dr. Laure.

Antecedentes hereditarios.—Nada de importante que mencionar.

Antecedentes personales—Tuvo coqueluche á los 7 meses, sarampion á los 4 años y algunos embarazos gástricos; despues de esto no recuerda haber padecido de ninguna otra enfermedad.

A los 13 años y medio, se le presentaron sus reglas abundantes, pero algo dolorosas, las que continuaron su marcha mensual con toda regularidad.

Se casó 4 años, hace 14 meses, despues tuvo un aborto que la obligó á permanecer en cama durante 15 dias y la hemorragia que tuvo principio en el aborto duró dos meses.

Las reglas siguientes fueron acompañadas de dolores que se irradiaban á las piernas y á la región lum-

bar, aumentaban durante la marcha y no desaparecian con la inmobilidad.

El 20 de Junio del presente año tuvo sus reglas acompañadas de fuertes dolores de vientre, vómitos que continuaban hasta el momento de la operación.

Exámen ginecólogico.—Vulva y vagina normales á la palpación, combinada con el tacto se siente un tumor fluctuante que hace proeminencia en el fondo de saco, los anexos libres y dolorosos.

Diagnóstico.—Los antecedentes enumerados y los signos fisicos constatados se diagnóstica Hematocele retrouterino.

Operación.—Prévia cloroformización y antisepsia del campo operatorio, se procede á abrir el fondo de saco de Douglas, evacuar 1 litro de un liquido sanguineo purulento, drenar y taponar como de costumbre.

Al tercer dia se extraen las mechas de gaza, se lava la bolsa con una solución débil de Lisol, y se sigue sucesivamente cada dos dias. Un mes despues haciendole un lavaje, la sonda de Bozeman se desliza más que de costumbre y aparece bruscamente un dolor en todo el vientre, colapso, vómitos, etc.—Se le administra morfina y la enferma se restablece paulatinamente. Desde ese dia se le hacen inyecciones vaginales diarias y tapones con Icethiol, los dolores continuan, pero tan atenuados que la enferma resuelve pedir el alta, la que le es acordada.

Observacion Nº XI

Hospital Francés servicio del Dr. Laure
(Pabellon Bieckert)

Embarazo extrauterino.—Josefina de P., 26 años casada, 4 hijos.

Antecedentes heriditarios.—Sus padres viven sanos.

Antecedentes personales.—Sarampión á los 3 años, no recuerda haber tenido, excepción hecha de algunos desarreglos sin importancia, ninguna otra enfermedad.

Regló á los 13 años, siendo sus reglas dolorosas.

Hace tres meses tuvo perturbaciones dijestivas y algunos dias despues apareció un dolor agudo en la fosa iliaca derecha, acompañado de escalofrios, fiebre, y algunas veces vómitos, lipotimias, etc., dolor que se repetia amenudo. La enferma atribuye esta afección á un susto que tuvo el 4 de Agosto, dia despues del cual comenzaron sus padecimientos.

Llamó médico, quien le recetó paños calientes sobre el vientre, y baños de pies con mostaza.

Al cabo de un mes de tratamiento la enferma espulsó una falsa membrana seguida de hemorragia abundante, durante 3 dias.

En vista de que los dolores continuaban, consulta al Dr. J. R. Fernandez quien despues de un minucioso y prolijo exámen, bajo anestesia clorofórmica, diagnostica embarazo extrauterino, y dice à la enferma que para su completa curación era de imperiosa nece-

sidad que fuera hacerse asistir en un hospital, donde la atenderian debidamente.

Siguiendo el sábio consejo del facultativo, ingresa al hospital Francés á los primeros dias de Octubre.

Operación.—El Dr. Laure ayudado por el Dr. J. R. Fernandez y, prévia anestesia clorofórmica, y antisepsia del campo operatorio, se deciden operarla.

Abierto el fondo de saco; se introducen dos dedos y se encuentra un tumor libre que es la trompa derecha sin adherencias, se funciona con una pinza de curación el tumor prévia fijación, y se dilata la abertura con los dedos; inspeccionando la cavidad se encuentra un cuerpo blando que da la sensación de una placenta produciéndose una hemorragia algo abundante, se tapona la cavidad con gaza yodoformada y se termina la operación para hacer la primera curación, 4 dias despues; mientras se extrae la última mecha de gaza de la bolsa al hacer la curación, nueva hemorragia que se detiene con algunos tapones, la segunda curación se hace 7 dias despues y se continúa asi cada 2 dias.

En el momento en que hago esta tésis la enferma hace 21 dias que está en tratamiento y por su estado actual creemos poder afirmar, que dentro de 2 semanas estará completamente restablecida.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El mejor tratamiento de las peritonitis incipientes son los purgantes.

II

La infeccion puerperal puede hacer supurar un quiste del ovario preexistente.

III

La metritis hemorrájica es curable casi siempre por el raspado, que no da casi nunca resultado sin un tratamiento ulterior en las metritis catarrales.

OBRAS CONSULTADAS

Pozzi.—Traitè de Gynecologie, edition 1897.

Mundé.—The treatmen of Pelvic abcess in women by incision and drainage (American Journal of ostetrie. Feb. 1886.

Lawson Tait.—Traité des Maladies des avaires.—Traduccion Ollivier 1886

Vuillet.—Congres de Gynecologie de Bordeaux 1894

Larroyenne.—Idem.

Id —Lyon medical 21 Febrier 1886.

Segond.—De l'hysteroctomie vaginale dans le traitement des suppurations pelvienne, Paris 1891.

Greig Smith.—Chirurgie abdominale, Traduction Vallin 1894.

Buenos Aires, Noviembre 2 de 1897.

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Jacob de Tezanos Pinto; Profesor Titular Dr. Eurique Basterrica y Profesor Suplente José F. Molinari para que constituidos en comision se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.
Secretario.

Noviembre 8 de 1897.

SEÑOR DECANO:

Trascribo á continuacion el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno

ALFREDO FERRARI

« En el local de la Facultad á 8 de Noviembre de « 1897, reunidos los que suscriben encargados de dic- « taminar respecto de la admisibilidad de la tesis pre- « sentada por el ex-alumno Alfredo Ferrari, que ver- « sa sobre el tratamiento de las colecciones purulentas « ó sanguíneas de la pelvis por la abertura del fondo « del saco de Douglas y el drenaje, resolvieron admi- « tirla.

« Con lo que terminó el acto—firmados: J. de T. Pin- « to. E. Basterrica, José F. Molinari, Zenon Aguilar.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresion debiendo fijarse por secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.