UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SOBRE ALGUNOS CASOS

DE

CIRUJÍA GINECOLÓGICA

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO D. MEDUS

EX-INTERNO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES 1895-96
Y DEL HOSPITAL RIVADAVIA 1896-97-98-99

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Emilio Spinelli

737 - Callao — 737

1899

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÊDICAS

SOBRE ALGUNOS CASOS

DE

CIRUJÍA GINECOLÓGICA

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO D. MÈDUS

EX-INTERNO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES 1895-96
Y DEL HOSPITAL RIVADAVIA 1896-97-98-99

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Emilio Spinelli

737 - Callao — 737

1899

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEIZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTON
" " G. N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " PABLO MARENGO
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	„	Pedro J. Coronado
Patología General y ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	„	Meliton G. del Solar
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patología Interna	„	José Penna
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos Malbran
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica.	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„	Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias	„	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica médica	„	Gregorio N. Chaves Abel Ayerza Luis Güemes Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva	„	Samuel Molina
Medicina legal.	„	Francisco de Veyga
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina.	„	Pedro N. Arata
Física médica.	„	Jaime R. Costa
Zoología médica	„	Eliseo Canton
Botánica Médica	„	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	„	Adolfo Mujica
Química Analítica	„	Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Ectheparebordа
Dentistería operatoria	„	Leon Pereira

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva.....	Dr.	Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	„	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	„	Samuel de madrid
Fisiología General y Humana.....	„	Horacio G. Piñero
Patología General y ejercicios clínicos.....	„	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica.....	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada	„	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología externa.....	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	„	José Badía
Bacteriología.....	„	Vacante
Medicina Operatoria.....	„	Nicolás Repetto .....
Enfermedades de mujeres y su clínica.....	„	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica	„	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica.....	„	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clínica.....	„	Benjamn T. Solari
Enfermedades génito-urinarias.....	„	Vacante
Enfermedades venéreas y dermatologia.....	„	Maximiliano Aberastury
Clínica quirúrjica	„	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica.....	„	Julio Mendez Ignacio Allende Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología.....	„	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y Clínica respectiva.....	„	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal.....	„	Domingo S. Cavia .....
Toxicología.....	„	Juan Alba Carreras
Química médica.....	„	Francisco P. Lavalle
Física médica.....	„	Juan J. Galiano
Zoología médica.....	„	Vacante
Botánica médica	„	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica.....	„	Vacante
Química médica	„	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica.....	Sr.	Juan A. Dominguez
Farmacia práctica.....	„	Vacante
Obstetricia para alumnas parteras.....	Dr.	Enrique Pietranera
Odontología.....	„	Vacante
Dentistería operatoria.....	„	Vacante

PADRINO DE TÉSIS:

Académico Dr. GREGORIO N. CHAVES

A mis padres

A mis hermanos

Señores:

Los progresos alcanzados en estos últimos años en cirujía general son de los más asombrosos. De todas la ramas de la cirujía, una de las que más provecho ha sacado de estos adelantos, es la ginecología y hoy la laparotomía terrible de otras épocas es una operación relativamente benigna.

Pero en ginecología operatoria (como en tantas cosas!) no se ha llegado al límite racional, sin detenerse, tal vez ha pasado el límite de lo normal, para convertirse en muchos casos en abuso operatorio. Cuántas laparotomías por causas insignificantes no se han hecho y aun no se harán!

Pero también hay que decirlo, las mismas enfermas tienen en gran parte algo de culpabilidad, cualquiera dolencia al bajo vientre, que no pasa los límites de lo intolerable como sufrimiento, lo llevan en muchos casos hasta querer obligar al

cirujano á que les practique una operación, en la cual creen firmemente que está su completa y radical mejoría.

Nada de tratamientos médicos para ellas, es mucho el tiempo en que tarda la curación, las entristece un mes de reposo y no las arredra en lo mas mínimo una intervención.

Del tratamiento médico, en ginecología se puede sacar en algunos casos excelentes resultados, vemos salpingitis y perimetritis agudas que mejoran hasta el punto de dejar á las pacientes en condiciones que si no libres totalmente de sufrimientos, cuando menos estos no son intolerables. Es cierto sí, que todo lo que no es quirúrgico es mas largo y nuestras enfermas de sala, gentes jornaleras en su mayoría, que tienen que atender sus familias y que faltando de sus casas, les acarrea disgustos y gastos mayores, y por lo tanto por ahorro de tiempo, casi exijen la operación á la cual el médico no puede oponerse en vista de que por una ú otra vía se llega casi al mismo resultado.

Al mismo resultado sí, pero por cuán distinto camino!

La cirujía de nuestros días, es mas noble cuanto mas conservadora es, antes de amputar un miembro por causa de una fractura expuesta—

luchamos por todos los medios posibles para no mutilar, y en la mayoría de los casos se colman nuestros deseos.

Ahora bien, la cirujía ginecológica de la actualidad es casi exclusivamente mutiladora, las causas son varias, primero que si bien los medios médicos á nuestro alcance son buenos, es cierto para algunos casos y son estos los menos, en la mayoría estos tratamientos son incapaces de devolver á un órgano enfermo su funcionamiento normal,—á órganos invisibles, tal cual son los órganos genitales internos de la mujer.

Y también porque las mutilaciones por estas operaciones producidas son invisibles, causa por la cual las enfermas no oponen gran resistencia á una salpingeovariectomía por ejemplo.

Las observaciones que presento son de enfermas operadas en el hospital Rivadavia, en el servicio de ginecología del cual he sido interno; publico aquellas que más han llamado mi atención haciendo algunas consideraciones, sobre el tratamiento que se ha seguido en ellas.

Permitidme que desde estas páginas agradezca al Dr. Samuel Molina, mi maestro de hospital, las lecciones y las atenciones que de él he recibido durante dos años que he sido su practicante.

Al profesor Dr. Luis F. Vila, agradezco las deferencias que siempre ha tenido para conmigo, como jefe y como amigo.

Debo también hacer constar mi especial agradecimiento hacia el Señor Académico Dr. Gregorio N. Chaves, quien me hace el alto honor de prestarme su apoyo moral en este acto.

Sobre algunos casos de embarazo extra uterino

(ANTES DEL 5.º MES)

No nos encontramos ya en la época en la cual en presencia de un caso de embarazo ectópico, se ensayaban tratamientos médicos, para tratar de matar el feto, y convertirlo en litopedium, ó esperar á que por una feliz casualidad fuera arrojado al exterior por evacuación expontánea.

Punto como este que ha sido desde hace ya tiempo puesto sobre el tapete de la discusión, ha quedado resuelto en definitiva por el precepto de Pinard, el cual dice: «Todo embarazo extra-uterino diagnosticado, exije la intervención inmediata.»

Supongamos que al hacer un diagnóstico, de embarazo ectópico haya error en él y se apresure una intervención quirúrgica para la brevedad posible, creemos que en un caso semejante lo

único que pudiera censurarse, sería el apresuramiento por la intervención; pues no son muchos los casos en que el cirujano ginecólogo lleva sobre la mesa de operaciones, un caso diagnosticado como tal, (antes del 5.º mes) y un error de diagnóstico es muy posible. Pero desde que se tiene la plena seguridad, de que la intervención es necesaria, poco trascendental es que al creerse encontrar un quiste fetal, se encuentre uno en una lesión anexial, pues en uno como en otro caso la intervención es lo racional.

Hay muchos cirujanos y es hoy la gran mayoría, que en presencia de una lesión anexial cualesquiera, eligen sistemáticamente la vía abdominal como vía de elección.

En estos últimos tiempos, las discusiones al respecto estan á la orden del día entre laparotomistas y colpotomistas. Mientras los unos dicen que en todo hematocele retro-uterino deben de intervenirse por laparatomia, oponiendo todas las desventajas posibles á la colpotomia, los partidarios de esta última se las discuten.

Ahora analizaremos cuales son los principales puntos de apoyo de los laparotomistas en contra de la colpotomia posterior.

1.º Toda condición de asepsia, falla al tratarse de la vía vaginal.

Un canal tal como la vagina rugosa y profunda, que continuamente está segregando, es dificil el hacer una prolija desinfección, dificil sí, pero creemos que no imposible. El agua y el jabón son en estos casos los principales elementos de desinfección.

Toda enferma en la cual se hace una intervención por colpotomia, se prepara prolijamente con dias de anticipación, grandes lavajes vaginales con agua aséptica y jabón por lo menos cuatro dias antes de la intervención, lavajes intra-uterinos de agua tan solo, y el día antes de intervenir un buen lavaje con una solución de bicloruro de mercurio al 4°/₀₀. Es cierto que todo esto no es del agrado de la paciente, el sufrimiento si no es intolerable, cuando menos es bastante incómodo, pero tenemos asi la seguridad de poder tener una vagina en las condiciones deseables de asepsia, por la cual se puede intervenir sin el temor á una infección consecutiva.

2.° Acusan á esta vía que en los hematoceles, la extracción de los coágulos no se hace en totalidad. Es cierto, tal vez no es posible, vaciar la bolsa completamente; pero el drenage que se establece, los grandes lavajes continuados durante dias después de la operación, no son una garantía, acaso para librar el saco de todos cuantos

no se hayan podido extraer durante la intervención?

Las dos observaciones primeras que acompaño dan una prueba evidente de lo que se deja dicho.

Es cierto sí, que las curaciones ulteriores son engorrosas; es cierto que se necesita mayor trabajo de parte de quien cura, pero también, que mejor garantía que ese drenage constante, situado en un punto declive, y que creemos el drenage Mukuliks no le es comparable á pesar de su bondad y de los grandes servicios que presta á los laparotomistas!

Para los lavajes ulteriores á la colpotomia, como después de la histerectomía vaginal, en el servicio del Dr. S. Molina, se usa una sonda metálica mandada construir por él. Dicha sonda consta de dos partes, una primera recta que sirve de mango y articula con otra parte ó extremidad por medio de una tuerca pequeña. Esta última porción presenta una ligera incurvación, y sus caras anterior y porterior estan escavadas en forma de canaleta. Unos seis centímetros antes de su extremidad está provista de pequeños agujeros, distribuidos en toda la circunferencia, menos en las partes canaladas, y que llegan hasta la punta terminal, la cual es en fondo de saco. De manera que al pasar el líquido del irrigador á la

sonda, el agua sale por la serie de pequeños agujeros irradiando á todos lados, y lava la cavidad completamente. Es de un uso muy práctico y de un manejo muy sencillo.

3.º Las hemorragias que se pueden producir por la colpotomia posterior son dificiles y hasta imposibles de contener.

Es otro de los graves inconvenientes de la colpotomia para los laparotomistas. Veamos lo que dice M. Pozzi en la «Semaine Medicale,» del 12 de Julio último, á propósito de estas hemorragias: «Jamás, dice, he observado el menor accidente, después de la incisión del fondo de saco posterior por hematocele, yo he visto varias veces hemorragias bastante abundantes producirse, pero siempre he podido detenerlas por medio de inyecciones bien calientes y un buen taponamiento, es menester por otro lado tener cuidado y explorar la bolsa para ver si no quedan restos de placenta.»

Nosotros hemos visto en el servicio, en gran número de colpotomias efectuadas en dos años, por hematocele, casos excepcionales por hemorragias, y en ninguno de ellos ha habido que lamentar un desenlace fatal, en dos ó tres casos que hemos visto hemorragia ha bastado un taponamiento bien hecho para detenerla.

4.º La dificultad de extirpar total ó parcialmente los anexos, es otra de las objeciones que oponen á la colpotomía. Esto fuera cierto, dice P. Segond, en la revista de M. Pozzi, si la ablación total de la bolsa ó de los anexos fuera la condición *sine qua non* de curación.

Es cierto sí, que las razones que oponen los enemigos de la colpotomía son de gran valor y no hay que desconocer su importancia, pero la de mas fundamento, es quizá la primera de ellas, pero por las anteriores líneas, creemos haber demostrado que hoy en día no hay tanto que temerle.

Ahora las otras como hemos visto, no son de una necesidad imprescindible para un resultado feliz ni la extracción inmediata de los coágulos ni la extracción de los anexos, ahora cuando sea imprescindible la extracción de estos, para un cirujano hábil no es imposible su ablación. Es cierto sí, que cuando hay adherencias fuertes con órganos vecinos, es más dificil ésta vía, pero en caso necesario nunca es tarde para efectuar una laparotomía, para llegar á hacer así una operación completa.

En el tratamiento de los embarazos extra-uterinos que hayan pasado el quinto mes, la preci-

sión del diagnóstico tiene grande importancia ya, para la operación á seguirse.

Aquí la laparotomía, se impone, y tan solo queda á discutirse una vez sentado el diagnóstico: En que época del embarazo debe de intervenirse; sobre la ventaja de la marzupialización del quiste ó sobre su ablación total.

1.º Debe de intervenirse tan pronto como el diagnóstico está hecho, ó debe de esperarse á que el feto se halle en condiciones de viabilidad?

En la suposición en la cual, el cirujano se decidiera á esperar á que un feto que recien llega al quinto mes esté en condiciones de poder vivir una vez extraído del claustro materno; en este caso, grandes son los riesgos que corre la vida de la madre y hubiera necesidad de que la portadora del tumor viviese en un alerta contínuo y con el médico constantemente preparado, para que al primer síntoma de hemorragia interna, se pudiese hacer una intervención, á riesgo de perder dos vidas en vez de una, caso de decidirse, intervenir, inmediatamente hecho el diagnóstico. Y aún á pesar de la suposición anterior, cuando existe una placenta ya en su completo desarrollo, la ruptura del huevo, daría lugar á una hemorragia tal, que contados serían los minutos disponibles para poder salvar la vida de la madre.

Luego creemos que en caso de diagnóstico hecho, no hay que tardar absolutamente en intervenir por laparotomía, á riesgo de llegar tarde.

Demos por decidida ya la operación, ya sea feto á término ó antes de término, como es menester operar? La laparotomía hemos dicho ya es lo racional, ahora es menester hacer la ablación total ó la marzupialización del saco quístico?

En los casos que publicamos á continuación se ha marzupializado, creemos que al haber tentado en ellos, la extracción de la bolsa hubiera sido sacar de la mesa de operaciones, dos cadáveres en vez de uno tan solo.

La placenta en embarazo tubo abdominal, no elige órgano seguramente para su estabilidad, trompa, ligamento ancho, intestinos etc., son los puntos donde se apoya. Siempre que se trate de un embarazo tubario, es indiscutible que lo racional es la extracción por salpingeovariectomía teniéndose la seguridad de que con una buena ligadura todo peligro de hemorragia está contenido, pero cuando la placenta se inserta en el ligamento ancho é intestinos cómo hacer una ligadura ó cómo detener una hemorragia tan intensa como sería en estos casos?

Un taponamiento no daría seguramente el resultado deseado.

Con la marzupialización de la bolsa obviamos este grave inconveniente, nos dá la seguridad de no tener hemorragia tan fácilmente, y el inconveniente está en las curaciones consecutivas y en el tiempo que tarda, que como consiguiente, la curación es más larga que en caso de extracción.

Con la marzupialización tenemos la casi seguridad, de que la placenta se desprende al tercero ó cuarto día sin mayor peligro. En todos los casos así operados hemos tenido la oportunidad de cerciorarnos de ello, tan solo ha sido una excepción, el caso de la observación tercera que á continuación se verá, en ese caso la placenta no se desprendió, ni se eliminó en fragmentos, si no que se vascularizó y fué reabsorviéndose lentamente.

En cuanto á la supuración de la bolsa marzupializada no es de temer mayormente, pues basta una prolija asepsia para tener la seguridad de que no se infectara.

Observación I

(Operador Dr. S. Molina)

Colpotomía posterior por hematocele y embarazo extra-uterino

J. L. 22 años, española, casada, sin profesión.

Ingresa al servicio el 29 de Octubre del año 1897.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los 13 años, menstruación siempre regular. Se casa á los 17 años. Ha tenido dos hijos, ambos partos han sido felices. Desde el último parto, hace dos años, datan sus padecimientos del vientre, empezando á sentir dolores intensos generalizados al bajo vientre, los cuales aumentaban en cada época menstrual.

Su actual padecimiento, lo hace remontar hasta cuatro meses atrás. Empezó con dolor intenso

en la fosa ilíaca derecha, continuado y que aumentaba con los movimientos. Hace tres meses y medio, estando ocupada en sus quehaceres habituales, siente de pronto un intenso dolor que se propaga á todo el vientre, seguido de vómitos continuados, palidez extrema y sed.

Queda en cama hasta pasado el ataque, las reglas no reaparecen en la época habitual, y nota que el vientre aumenta de volúmen, paulatinamente. Desde entonces diariamente ha ido empeorando. Hasta que decide ingresar al servicio.

Estado actual.—Presenta un aspecto general bastante malo, tiene facie abdominal. No hay temperatura. Se queja de grandes dolores en el bajo vientre, mayormente hacia el lado derecho.

El abdomen á la inspección algo aumentado de volúmen. A la palpación se nota un tumor duro y resistente, que ocupa parte de la fosa ilíaca derecha, extendiéndose poco hácia el lado opuesto.

Organos genitales.—Desgarradura del periné del 2.º grado. Colpocele poco pronunciado. Vagina poco pastosa, cuello del útero rechazado hácia adelante, doloroso, de consistencia blanduzca. Cuerpo del útero inmóvil no se palpa bien. El fondo del saco posterior y lateral derecho, proeminentes, ocupados por un cuerpo resistente

y doloroso, tumor que con la palpación bi-manual no se le puede imprimir movimientos encontrándose enclavado en la pelvis.

Anexos: no se pueden palpar.

Se hace diagnóstico de hematocele retro-uterino y se decide operar por colpotomía posterior.

Se prepara convenientemente la enferma y se interviene el 1.º de Noviembre.

Se abre el fondo del saco posterior por incisión lineal transversal, se introduce el dedo y se extraen los coágulos sanguineos, se hace luego lavage de la cavidad con agua esterilizada y se pone un taponamiento con gaza aséptica.

El 2 de Noviembre á la 1 p. m. llaman de la sala para ver esta enferma que se encontraba mal; la encuentro en medio de un fuerte escalofrio y con vómitos, pongo el termómetro marcaba 41º. Inmediatamente es llevada á la mesa de curaciones, saco el drenaje se hace un buen lavage prolongado de la cavidad y se pone un nuevo drenage de gaza esterilizada. Procedo inmediatamente á hacer una hipodermoclisis de suero Hayen en la cantidad, de mil gramos.

Día 3. A la mañaña la enferma se encontraba bien. A la 1 p. m. del mismo día, repetición del ataque del día anterior con mayor intensidad.

Nuevamente se saca el drenage, al sacar la úl-

tima gasa, aparece en la herida del fondo del saco una membrana haciendo hernia, membrana transparente y con líquido en su interior, se hace una incisión á esta membrana, deja salir un líquido transparente, y aparece á la abertura un feto, que se extrae con placenta y membranas, el cual por su tamaño correspondía á un embarazo de tres meses próximamente.

Los días subsiguientes, se siguen haciendo grandes irrigaciones en la bolsa, con drenage.

A los 30 días la enferma completamente curada, es dada de alta.

Varias veces, he tenido despues, oportunidad de ver nuevamente á esta enferma, la cual se encuentra libre de toda dolencia por parte de sus órganos genitales.

Observación II

(Operador Dr. S. Molina)

Colpotomia posterior por embarazo ectopico de menos de 3 meses

E. B.—38 años, oriental, sin profesión, casada.

Ingresa al servicio el 25 de Noviembre de 1898.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Regla por vez primera á los 15 años. Se casó á los 30 años. No ha tenido hijos ni abortos.

Sufre del vientre desde hace 5 años.

Su actual padecimiento data desde 3 meses hace, empieza por sentir dolor en el bajo vientre, malestar general, su vientre, nota, dice que crece un poco, asi continua hasta el 17 de Noviembre, en que al querer orinar no puede,

llama médico, le sacan la orina por intermedio de sonda, asi los dias subsiguientes hasta que ingresa al servicio, en ese estado.

Estado actual.—Enferma en excelente estado de nutrición. Se queja de fuertes dolores supra pubianos y á ambos lados en el bajo vientre, y sobre todo, de que sola no puede orinar. Le falta la menstruación desde hace tres meses.

Exámen.—La palpación abdominal es casi imposible, panículo adiposo bastante desarrollado y defensa muscular marcada.

Órganos gentales.—Externos, normales. Vagina normal, cuello del útero, algo blando, matriz rechazada contra el pubis. Histerometría 7 centímetros. Fondo de saco posterior tenso, á causa de un tumor que lo rechaza, el cual no se puede limitar bien, y que rechaza el cuerpo del útero hacia adelante, causando la compresión del cuello de la vejiga.

Se tiene esta enferma en observación durante varios días, sin llegarse á un diagnóstico definitivo.

Cada vez el sondage de la vejiga se hacía más dificil. Se piensa en hacer una laparotomía, deciéndose préviamente el hacer una colpotomía posterior.

Se prepara la enferma para la operación. Se

hace la incisión del fondo de saco, sale una muy pequeña cantidad de líquido y sangre.

Se tapona con gasa, creyéndose ser inútil seguir por esta vía.

Día 21. Se cambia el drenaje prévio lavaje de la abertura del fondo de saco, días 22 y 23 nuevas curaciones.

24. Sube la temperatura á 38º5. Se lleva á la enferma á la mesa de curaciones. Al extraer la gasa que drenaba la abertura del fondo de saco, junto con la última porción de gasa, sale adherido á esta una placenta pequeña seguida de un feto, correspondiendo por su volumen á un embarazo extra-uterino de dos y medio meses próximamente.

Los dias subsiguientes la enferma sigue mejorando rápidamente y sale dada de alta completamente curada 25 dias después de la intervención.

He tenido ocasión de ver esta enferma varias veces después, sin ningún sufrimiento.

Observación III

(Operador Dr. S. Molina)

Lap. por embarazo extra-uterino, de 7 1/2 meses. Marzupialización

Mercedes G.—De 26 años, argentina, casada, sin profesión. Ingresa al servicio el 9 de Julio de 1898. Cama n.º 9.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los 12 años. Se casó á los 17.

Hace siete años ha tenido un hijo, cuyo parto fué bueno. Dice no haber sufrido del vientre.

Enfermedad actual.—Hace seis meses se le suprime la menstruación, á los pocos días siente dolores intensos en el bajo vientre, dolores continuos acompañados de gran postración y vómitos.

La menstruación no reaparece, dice que paula-

tinamente su vientre ha ido aumentando de volumen.

Estado actual.—Buen estado de nutrición, siente dolores, no tan intensos ni continuados como en los primeros dias de su enfermedad, localizados sobre todo hacia el lado derecho, en la fosa iliaca correspondiente.

Exámen.—Inspeccionando el abdomen se nota aumento de volumen, mayor hacia el lado derecho. A la palpitación se nota un tumor situado en la fosa iliaca derecha, que desde el pubis llega hasta dos traversas de dedo por sobre el ombligo, tumor redondeado hacia el lado derecho, formando una pequeña excotadura hacia el lado opuesto. Hacia el lado izduierdo pasa de la línea media unos dos traversos de dedo. Hay pigmentación de la línea media.

Al exámen de las mamas: areola pigmentada, hay un poco de secreción láctea.

Órganos genitales externos, normales. Vagina pastosa, cuello del útero reblandecido, rechazado hacia el fondo de saco lateral derecho, cuerpo del útero aumentado de volumen. A la histerometría da 11 centímetros.

Fondo de saco posterior tenso, rechazado por el tumor, el cual es renitente y sumamente tenso.

Diagnóstico.—Embarazo extra uterino. Se de-

cide hacer la laparotomía el día 11 de Julio.

Operación.—Prévia anestesia etc., se hace una incisión sobre la línea media á dos dedos sobre el pubis, en una extensión de ocho centímetros. Abierta la cavidad abdominal, se cae sobre el tumor, el cuerpo del útero hacia el lado izquierdo. Se punza el tumor con trocar grueso, la punción da lugar á una hemorragia algo intensa, rápidamente se agranda la abertura con la tijera, se extrae un feto de siete meses y medio, vivo, muere al poco tiempo después de su extracción. La hemorragia continuaba, por haberse drespendido un poco la placenta en la inserción superior, se toma esta entre una pinza clamp y se le hace por debajo una ligadura en cadena con seda gruesa, la hemorragia se detiene, luego se procede á fijar el saco á la pared, haciendo la marzupialización.

Se lava la cavidad con agua y se drena con gasa. Habiendo sido bastante intensa la hemorragia, sobre la mesa de operaciones se hace á la operada una hipodermoclisis de 1000 gramos de suero artificial.

Pulso frecuente.

A la noche del mismo día, tenía 36º5 de temperatura y 88 pulsaciones por minuto.

Día 12. Se levanta el vendaje, los algodones

muy empapados en sangre, se cambian sin tocar el drenaje.

13. Se saca el drenaje, se lava la cavidad con irrigador, se drena nuevamente.

14. Se hacen pequeñas tracciones de la placenta, la cual da sangre al querer desprenderla, se tapona la cavidad y se drena.

Los dias subsiguientes, la enferma sigue muy mejorada. La placenta no se elimina, la cavidad no supura.

La placenta se vasculariza.

A los 45 dias después de la intervención la enferma completamente curada, es dada de alta.

Observación IV

(Operador Dr. S. Molina)

Lap. por embarazo extra-uterino, feto de 5 meses

J. S. 33 años, italiana, casada. S. P. ocupa la cama núm. 61, pabellón 3.º, pensionista.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los 17 años. Se casó á los 17.

No ha tenido hijos ni abortos.

Hace próximamente tres años que empezó á sufrir del vientre, dice que hace seis meses le han hecho una laparotomía por un tumor del vientre, en la cual le sacaron un quiste.

Despues de esa operación sus dolencias anteriores se calman.

Hace cinco meses que no tiene reglas.

Hácia los últimos días del mes de Enero, de este año, repentinamente siente un violento dolor

en el bajo vientre que muy luego se generaliza, dolor acompañado de vómitos, frio intenso y un decaimiento general, como en vias de perder el conocimiento. Guarda cama durante unos días, pero los dolores continúan sin localización fija.

A los pocos tiempos nota un tumor en el lado derecho del vientre hácia la fosa iliaca. Se decide ingresar al servicio el 24 de Marzo.

Estado actual.—Regular estado general. Dolores sin localización fija en el vientre á veces más marcados hácia el lado derecho.

Exámen.—A la inspección del vientre, se nota una cicatriz sobre la línea media.

Ligero levantamiento del lado derecho, hácia la fosa ilíaca. El vientre se deprime fácilmente á la palpación, se toca un tumor liso, regular, que ocupa desde el pubis hasta el ombligo, predominando hácia el lado derecho, fácilmente movible, indoloro y remitente.

Organos genitales.—Externos, normales.

Vagina poco pastosa, cuello del útero desviado hácia el fondo del saco lateral derecho, cuello blando y orificio entreabierto.

Cuerpo del útero aumentado de volúmen y rechazado hácia el lado izquierdo por el tumor. El fondo del saco posterior poco distendido por el

tumor, el cual es movible por la palpación bi-manual.

Anexos del lado derecho, confundidos con el tumor, del lado izquierdo no se tocan.

Auscultando el tumor, se oye un ruido de soplo.

Diagnóstico.—Quiste fetal.

Operación.—Se interviene por laparotomía el 26 de Marzo. Previa la preparación del caso etc. Se hace una incisión sobre la línea media próximamente de ocho centímetros. Se abre la cavidad abdominal, se cae sobre el tumor. Se punza con trocar grande, la punción da salida á un líquido amarillento. Por la entrada del trocar á la bolsa se hace una pequeña incisión á la misma, se extrae un feto de cinco meses próximamente, muere á los pocos instantes de su extracción.

Se procede á fijar la bolsa á la pared.

La placenta estaba insertada en parte en el intestino delgado y trompa.

Se hace un lavage de la cavidad y se deja un drenaje de gasa.

Al siguiente día los algodones de la curación completamente empapados en sangre.

Se cambian sin tocar el drenaje. El pulso bastante frecuente. Se hace una inyección de suero artificial de 800 gramos.

Día 28.—Se saca el drenaje, bastante hemo-

rragia se produce, taponamiento y nuevamente una hipodermoclisis de 1000 gramos.

29. La temperatura sube á 38°5. Se hace un lavage de la cavidad, se eliminan algunos pedazos de placenta. La temperatura vuelve á la normal. La eliminación de placenta continúa en los dias subsiguientes.

A los 40 días despues de la intervención, la enferma completamente curada, es dada de alta.

¿Está indicada la histerectomía ya sea abdominal ó vaginal, en todo cuerpo fibroso, sea voluminoso ó pequeño sean muchos ó pocos los trastornos que consigo acarrean?

A pesar de los grandes progresos alcanzados en ginecologia operatoria la histerectomía siempre es y será una de las operaciones más graves.

No todo fibroma es susceptible de operarse ya sea por que consigo no acarree mayores trastornos ó por que estos sean de tal naturaleza que una intervención equivale á ser la terminación de la enferma.

Dividiremos entonces los fibromas con respecto á su tratamiento en dos categorías.

1.º Aquellos en los cuales la operación se impone, á riesgo de mayores trastornos y

2.º En aquellos en los cuales, un tratamiento médico bien dirigido basta para alejar todo peligro inmediato.

Las hemorragias que en la mayor parte de los

fibromas es el síntoma predominante, llega en ciertos casos á comprometer la vida de la enferma y la intervención quirúrgica se hace urgente. Este síntoma en algunos casos, en los cuales sus portadoras no tienen necesidad del trabajo material para su subsistencia, es combatido con algunas ventajas con tratamientos médicos, antes de pensar en una intervención.

Los lavages intra-uterinos con agua algo caliente, mejoran mucho la mucosa uterina y alejan el peligro que entraña consigo este síntoma.

No hace mucho tiempo han sido preconizadas las inyecciones intra-uterinas de vapor de agua, atribuyéndoles una grande importancia, llegando á decir que el tumor se reducía de volúmen, y traía consigo, en algunos casos, hasta la atrofia del órgano.

En el servicio se hizo este tratamiento en dos casos de cuerpos fibrosos voluminosos que daban grandes hemorragias, se continuaron durante algunos días sin que la hemorragia disminuyese. Puede ser que si se hubiesen continuado durante más tiempo hubiesen mejorado las enfermas, pero como se trataba de gentes trabajadoras prefirieron la operación.

El cornezuelo de centeno así como el hidrástis canadensis no dan los resultados deseables y si

algo se disminuye la metrorragia, es tan solo en sus principios, muy luego no se consigue casi alivio alguno con estos dos medicamentos.

Todo cuerpo fibroso aún cuando no sea acompañado de metrorragias pero que por su excesivo volúmen, ó encajamiento en la pequeña pelvis, traiga perturvaciones en la circulación, á causa de compresiones, en estos casos la intervención quirúrgica se impone.

Entran, ahora, en el número de los no operables, todos aquellos que no dan lugar á síntomas mórbidos, que por su tamaño pasan casi desapercibidos para sus portadoras, las cuales pasan una vida, si no completamente sin molestias, estas no son tan grandes que no se hagan llevaderas.

Tambien hay que incluir entre los no operables aquellos fibromas que han causado grandes perturbaciones á la enferma y se encuentran estas en un período de caquexia franca. En estos casos la intervención se haría en circunstancias todas desfavorables y se tendría seguramente un desenlace fatal.

Ahora, entre los fibromas que no se deben de operar y aquellos en los cuales la intervención es forzosa, pudiéramos hacer una clasificación intermedia de los que se *pueden operar*. Entre es-

tos estarían comprendidos aquellos tumores que traen consigo pequeños dolores irradiados al bajo vientre y miembros inferiores sobre el trayecto del ciático, aquellos que ejercen compresión sobre el recto y vejiga, los que traen procesos congestivos, etc.

Por todas estas causas bien puede operarse un fibroma por cuanto á medida que el tumor progrese en volúmen todos estos pequeños síntomas irán como consiguiente en aumento, y llegará un día en el cual la intervención se hace forzosa y tal vez en peores condiciones que al principio.

No queremos en estas pocas líneas, detallar los distintos procedimientos seguidos para hacer la histerectomía abdominal. Tan solo publicamos á continuación dos casos operados en el servicio en los cuales se ha hecho uso, creemos que por vez primera entre nosotros, del vaso-trilo de Doyen.

Los grandes trastornos que sufre toda operada en la cual se han extirpado sus órganos genitales ya total ó parcialmente, son implicables, si no en todos los casos, sí en muchos á las sedas que nos servimos para hacer las ligaduras. Estos cuerpos extraños que quedan constantemente en contacto con órganos tan sensibles como el peritoneo, etc., traen consigo un gran número de molestias, traducidos por dolores mas ó menos intensos, ya

sea obrando como cuerpos extraños, como lo son, ya sea que al rededor de ellos se establecen adherencias más ó menos fuertes y que son las productoras de muchas molestias que se quejan gran número de laparotomizadas.

Un aparato, cualquiera que fuese que suprimiera la seda de ligaduras, tenía que ser indudablemente de sensacional interés, en el mundo de la cirujía ginecológica.

Este día ha llegado, el sabio y hábil ginecólogo M. Doyen ha sido quien ha conseguido por medio de su poderoso y admirable *vaso-trilo* suprimir la ligadura, asegurando una hemostasia perfecta sin necesidad de dejar un cuerpo extraño.

Los casos que á continuación transcribimos han sido del servicio del Dr. S. Molina, operadas por él y el Dr. Alejandro Castro.

Observación V

OPERADORES DOCTORES A. CASTRO Y S. MOLINA

(Histerectomía abdominal, supra vaginal)

J. S...., 35 años, casada, cocinera, italiana, ocupa la cama núm. 2, pabellón 2.º, sala 1.ª

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales. — Regló á los 14 años. Se casó á los 20. No ha tenido hijos. Hace dos años, empezaron sus sufrimientos. Sensación de peso en el bajo vientre, que la molestaba mucho durante la marcha.

La necesidad de orinar se hacía muy frecuente. Dolores localizados en el bajo vientre que irradiaban hácia la pierna derecha. Las reglas regulares hasta entonces se hacen irregulares y muy abundantes durando hasta diez y doce dias.

Estado actual.—Mujer en muy buen estado de nutrición. Panículo adiposo muy desarrollado.

Se queja de las abundantes metrorragias que tiene desde un tiempo á esta parte, y de un peso en el bajo vientre que la molesta mucho al caminar. Siente dolores supra-pubianos que irradian á la pierna derecha. Muy seca de vientre.

Exámen.—La inspección no da mayores datos. Mujer gruesa cuyo panículo adiposo en el abdómen es muy abundante.

A la palpación se toca un tumor que pasa el ombligo dos traversas de dedo, tumor redondeado en su parte superior y más ancho que en la parte inferior. Movil y duro.

Organos genitales.—Externos, normales. Vagina normal. Cuello del útero duro, rechazado hácia el fondo de saco posterior, orificio agrandado.

Los fondos de saco distendidos por el tumor el cual es móvil y duro.

Diagnóstico.—Fibroma intersticial del útero.

Operación.—Se prepara la enferma para hacerle laparotomía. Con seis días de anticipación se empiezan á hacer grandes lavages vaginales y lavages intra-uterinos, etc.

Previa anestesia etc. se hace una incisión, desde dos dedos sobre el pubis hasta un traves de dedo por sobre el ombligo.

Se incinde la aponeurosis y peritoneo, se llega

sobre el tumor; con el tirabuzón de Pozzi, se toma este por su cara anterior, en la parte superior del tumor, hay fuertes adherencias con el epiplón, se desprenden y se procede á hacer el parto del mismo.

Puesto al descubierto el ligamento ancho lateral derecho, se toma en toda su extensión entre los mordientes del vaso-trilo de Doyen se procede al aplastamiento del ligamento y se corta este entre la pinza y el tumor. Se retira el aparato, el ligamento no daba absolutamente una gota de sangre, habia quedado en la parte comprimida reducido al expesor de una delgada lámina.

Con el ligamento ancho izquierdo se procede de igual manera que con el anterior, con el mismo buen resultado.

Se procede luego á hacer la extirpación del tumor, se deja una pequeña porción de cuello del útero, las arterias vaginales dan un poco de hemorragia, se hace su aplastamiento con el vasotrilo. Se hacen tres puntos de sutura en el pedículo con seda delgada.

La parte del epiplón que se encontraba adherida al tumor en su parte superior se reseca haciendo una ligadura en cadena con catgut.

Se seca la cavidad y se procede á cerrar el vientre, se hace en tres planos, peritoneo y aponeu-

rosis con catgut-piel á puntos separados con seda.

El pulso de la enferma que antes de la operación era regular y tenso, se mantiene al final de ella en indénticas condiciones.

La temperatura durante los días subsiguientes á la operación, se mantiene normal.

A los ocho días se levanta la curación y se sacan los puntos de sutura. A los 20 días despues de la intervención la enferma es dada de alta sin haber tenido el menor contratiempo, y completamente sana.

Observación VI

(Operadores Dres. A. Castro.—S. Molina)

Op. Histerectomía abdominal por fibroma

Elisa G., pabellón 2.º, cama 9, de 52 años, francesa S. P., casada.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los 18 años, siempre con bastantes sufrimientos. Nunca ha tenido leucorrea. Se casó á los 27 años, no ha tenido hijos ni abortos. Sus primeros padecimientos al vientre datan desde hace 20 años. Reglas siempre muy abundantes y dolorosas, durándole hasta diez días. Fuera de las épocas menstruales, nunca ha perdido sangre. Se queja, dice, desde hace varios años, de grandes dolores en las caderas y al bajo vientre. Nota un tumor hace ya tiempo, el cual paulatinamente ha ido en aumento.

Estado actual.— Enferma, en bastante buen estado de nutrición. Hace diez dias han terminado sus reglas, han sido muy abundantes, durándole catorce días.

Exámen.—Inspeccionando el vientre se nota voluminoso, panículo adiposo bien desarrollado.

A la palpación se toca un tumor duro, ocupando desde la escavación hasta un poco por sobre el ombligo, mas grande hácia el lado izquierdo, indoloro y duro á la precisión, poco móvil.

Aparato gental.—Vulva y vagina normales. Hácia el fondo de la vagina y en su pared anterior se toca un cuerpo duro y resistente, que forma parte con el cuerpo del útero, llegando este hasta poco por sobre el ombligo y algo desviado hácia el lado izquierdo, los anexos de ambos lados no se pueden palpar. Histerometría 12 centímetros.

Diagnóstico.—Fibroma del útero.

Operación.—Histerectomía supra-vaginal. Se opera el 22 de Julio de 1899.

Se procede á la laparotomía. Incisión de 12 centímetros. Abierta la cavidad abdominal se ve el tumor. Al lado derecho del tumor incluido en el ligamento ancho del mismo lado, hay un quiste intraligamentario, se empieza por hacer su des-

prendimiento, se desgarra todo el ligamento ancho, se extrae la bolsa.

Se procede inmediatamente á la histerectomía. Se descubre el ligamento ancho del lado izquierdo y se toma con el vaso-trilo Doyen, se hace el aplastamiento, se corta el ligamento, se desprende el vaso-trilo, no hay hemorragia.

El ligamento del lado opuesto ya estaba desprendido, á causa de la extracción del quiste, tan solo se aplica el vaso-trilo, para extraer la trompa y ovario del mismo lado. Se procede luego á la extracción del tumor, se corta el útero en sus inserciones vaginales, dejando una delgada lámina de cuello. Se hacen tres puntos de sutura al pedículo, con seda. Se seca la cavidad. Los restos de ligamento ancho del lado derecho daban un poco de hemorragia en napa.

Se deja drenaje Mikuliks. Se cierra la cavidad en tres planos, catgut, para el peritoneo y aponeurosis, seda á puntos separados la piel.

A las tres de la tarde del mismo día, la enferferma perdía bastante sangre, que salía por el drenaje. Se procede á hacer una hipodermoclisis, se le inyectan 1000 gramos de suero artificial, el pulso se levanta, á las 8 p. m. nueva dermoclisis de 800 gramos, pulso mejor con 90 pulsaciones por minuto. Al día siguiente se sacan los algo-

dones de la curación bastante impregnados en sangre.

A los dos días se saca la gasa interna del Mikuliks. La herida no supura. A los 4 días ya no se deja drenaje, al octavo día se sacan los puntos de sutura y la enferma se levanta de la cama á los 12 días después de la operación. Es dada de alta completamente curada el día 15 de Agosto.

Sobre dos casos de quiste hidatídico de la vejiga

Los quistes hidatídicos en sus numerosas localizaciones viscerales, son observados con suma frecuencia entre nosotros, fundados en la observación diaria en los hospitales podemos afirmar; y es que el quiste á equinococus está muy desarrollado en la República y sobre todo en la provincia de Buenos Aires.

Hemos tenido la oportunidad de observar dos casos de una localización rara de estos quistes y por eso nos resolvemos á publicarlos, creyendo deben de ser los primeros observados en dicho órgano.

Los quistes hidáticos de la pared vesical, dan lugar á una sintomatología vaga y que no ha permitido el diagnóstico en ninguno de ambos casos.

Síntomas subjetivos.—Los enfermos han empezado por sentir puntadas en el bajo vientre, sensación de pesadez polakiurda, al mismo tiempo han podido comprobar que se desarrollaba un

tumor, tumor no doloroso y situado hacia un lado de la fosa ilíaca.

Los dos casos observados han sido en mujeres, ambas de la capital, una de 27 y otra de 30 años casadas.

Examinando el vientre se puede notar, un pequeño levantamiento de la región infraumbilical.

A la palpación se comprueba que hay tumor, móvil, indoloro, ocupando, un lado de la fosa ilíaca, practicando el cateterismo de la vejiga no se disminuye de volúmen.

Haciendo el tacto combinado con la palpación se puede sentir que el tumor es renitente, redondeado, de paredes lisas.

En ambos casos el diagnóstico de quiste se imponía, en cuanto á la naturaleza era mucho más dificil pronunciarse.

Tratándose de mujeres y saliendo la frecuencia de los quistes desarrollados á expensas del aparato genital, ovarios, paraovarios, etc., no debe de extrañarnos que en ambos casos la localización del quiste no haya sido precisa.

Creemos que el diagnóstico diferencial es imposible con nuestros procedimientos de investigación y que solo la laparatomía nos dará en cada caso la verdadera situación del tumor.

El tacto vaginal, el rectal, la palpación y la percusión con los datos subjetivos, dolor, sensa-

ción de peso, etc., nos informan que se trata de un tumor líquido, que tienen su asiento en la pequeña pelvis, pero no podemos darnos cuenta de su sitio verdadero de implantación ni de la naturaleza de su contenido.

Una punción exploratriz nos daría la composición del líquido, los ganchos del equinococus, pero hoy en día es preferible recurrir á la laparotomía que al mismo tiempo que nos hace ver el tumor, nos pone en condiciones de poner en práctica el único tratamiento racional y radical: la extirpación.

Tal vez la falta de síntomas de perturbaciones en la esfera genital (no ha habido dismenorrea, metrorragia, etc.) nos guiara un tanto en el diagnóstico, pero solo de una manera muy vaga, pues sabemos lo inconstante de estos síntomas y su poco valor diagnóstico en muchos casos.

Ademas pudiera coincidir que el tumor vesical coincidiera con alguna salpingitis, ú otra lesión anexial cualquiera.

El pronóstico en ambos casos observados, ha sido el del acto operatorio, quién sabe cual hubiera sido la evolución natural del tumor, tal vez se hubiera roto dentro del peritoneo, tal vez dentro de la vejiga, siendo lo último más probable.

En ambos casos el tratamiento ha sido la extirpación del tumor.

Observación VII (1)

(Operador Dr. Benjamin Larroque)

Operación. Lap. por quiste hidatídico retro-vesical

María S.—23 años, oriental, casada, S. P.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales. — Regló á los 13 años. Siempre ha gozado de muy buena salud. Se casó á los 19 años, ha tenido dos hijos, ningun aborto.

Estado actual.—Enferma de buena constitución. Hace tres meses que tiene ausencia de reglas.

Hace ya algun tiempo siente sensación de pesadez en el bajo vientre y deseos frecuentes de orinar, orina con cierta dificultad, pero sin mayores dolores.

---

(1) Debo á la galantería del Dr. B. Larroque, la publicación de este caso, el cual me invitó á la operación, la cual se efectuó junto con los doctores Gareiso y Troncoso.

Exámen.—A la inspección del vientre se nota este poco aumentado de volúmen. Palpando se toca un cuerpo redondeado en su parte superior, por debajo del ombligo, que se continúa á la palpación por sobre el pubis y se toca un tumor redondeado movil, indoloro á la presión.

Aparato genital.—Organos externos normales. Vagina pastosa, cuello del útero reblandecido, cuerpo del mismo aumentado de volúmen, el fondo se toca un poco por debajo del ombligo. A la palpación bi-manual, entre el útero y la vejiga y un poco hácia la izquierda de la línea media, se siente un tumor duro, movil, casi insensible, del tamaño de un puño de adulto, de forma ovoídea á eje vertical, renitente.

Diagnóstico.—Embarazo en el tercer mes.—Quiste de.....?

Operación.—Se procede á hacer laparotomia el 25 de Marzo de 1898.

Previa la preparación del caso se procede á la operación.

Incisión de la piel en la línea media de 7 centímetros próximamente, abierta la cavidad abdominal se encuentra un tumor del tamaño del puño de un adulto, de forma ovoídea en sentido vertical en la región pre-uterina y retro vesical adherido en su parte inferior á la vejiga y un po-

co á la cara anterior del útero, el cual se halla grávido. Las partes medianas del tumor se encuentran libres, su extremidad superior un poco desviada á la izquierda. El tumor es de consistencia dura, color blanco-gris. La punción con una aguja número 2 de Potain, da salida á un líquido transparente. Se extraen próximamente unos 500 gramos de líquido, una vez extraído este se procede á la extirpación de la bolsa quística, se hace la enucleación de su inserción vesical, la cual no ofrece mayores dificultades. Se cauteriza la base de implantación con termo cauterio. Luego se procede á cerrar la cavidad. El peritoneo y aponeurosis se suturan con seda fina, la piel con seda mas gruesa á puntos separados.

Resultados.—La temperatura fué normal en los días subsiguientes. A los 8 días se levanta la curación, se sacan los puntos de sutura. A los doce días la enferma abandona la cama.

El embarazo siguió su curso normal, á los seis meses despues de la intervención tuvo el parto normal.

Del análisis del líquido extraído resultó ser un quiste hidatídico.

Observación VIII

Operadores Dres. Basterrica y Molinari

(Op. Lap. por quiste hidático del fondo de la vejiga)

N. N. (Casa de Sanidad, cama núm. 7), 27 años, argentina, casada, S. P. (Hospital Rivadavia).

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló á los 13 años. Es casada hace siete años. No ha tenido hijos.

Sus primeros padecimientos al vientre datan de pocos meses á esta parte.

Empezó por sentir un pequeño dolor supra-pubiano, sensación de pesadez en el bajo vientre y frecuentes deseos de orinar.

Hace dos meses nota un pequeño bulto en la fosa ilíaca izquierda, que paulatinamente ha ido aumentando de volúmen.

Estado actual.—Enferma en buen estado general de nutrición, algo nerviosa. Se queja de dolores en la fosa ilíaca izquierda, que la molestan un poco.

Exámen.—Inspeccionando el abdomen se nota un levantamiento poco sensible en la fosa ilíaca izquierda. Palpando se toca un tumor hácia el mismo lado, tumor del tamaño de una naranja grande, indoloro y móvil.

Organos genitales.—Externos, normales.

Al tacto se nota el útero normal en retro-flexión, poco pronunciada.

Anexos del lado derecho normales.

Del lado izquierdo, hácia el lado del cuerpo del útero, se toca el tumor, móvil y liso, á la palpación bi-manual renitente.

Diagnóstico.—Se hace diagnóstico de quiste, inclinándose hácia quiste del ovario sin afirmarlo mayormente.

Operación.—Se interviene por laparotomía.

Previa preparación de la enferma, etc., etc. Se hace una incisión mediana de ocho centímetros sobre la línea media. Se abre la cavidad abdominal. Se toca el tumor, redondeado y liso, se hace punción del mismo y se extrae un líquido transparente. Se extrae la bolsa hácia afuera, se continuaba con un pedículo ancho, pareciendo en

un primer momento que hacía continuación á la trompa, pero se ve que tenía su inserción en el mismo fondo de la vejiga, se le hace una ligadura, al pedículo, con seda, y se reseca la bolsa.

Se cierra la cavidad abdominal en tres planos, peritoneo y aponeurosis con catgut, piel á puntos separados con seda. A los 8 días se levanta la curación, y se sacan los puntos de sutura. A los 12 días despues de la operación se levanta de la cama y á los 20 es dada de alta completamente curada.

Francisco D. Médus

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La vía vaginal debe de preferirse á la laparotomía en la corrección de retro-desviaciones uterinas.

II

Curabilidad de la tuberculosis.

III

En el cáncer del útero debe de preferirse la histerectomía vaginal á la abdominal.

Buenos Aires, Agosto 25 1899.

Nómbrase á los Sres. Académicos Dr. Jacob de T. Pinto, Profesor Titular, Dr. Samuel A. Molina y Profesor Suplente Dr. José F. Molinari, para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca

Luis M. Acuña

Setiembre 6 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Francisco D. Médus.

«En el local de la Facultad á 6 de Setiembre
« de 1899, reunidos los que suscriben encargados
« de dictaminar respecto de la admisibilidad
« de la tesis presentada por el ex-alumno señor
« Francisco D. Médus que versa sobre algunos

« casos de «Cirujía ginecológica», resolvieron ad-
« mitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmado: JACOB DE T. PINTO.
—SAMUEL A. MOLINA.—JOSE F.
MOLINARI.—ZENÒN AGUILAR.

Luis M. Acuña

FECHÁ UT SUPRA:

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA
Luis M. Acuña