Año 1904 N.º 1431

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LOS

HEMATOCELES PELVIANOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VALERIO GUALLART

FARMACÉUTICO

Ex-interno de los Hospitales

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta y Casa editora de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1904

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

HEMATOCELES PELVIANOS

Año 1904 N.º 1431

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LOS

HEMATOCELES PELVIANOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VALERIO GUALLART

FARMACÉUTICO

Ex-interno de los Hospitales

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta y Casa editora de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1904

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

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 LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretarios

Dr. D. ZENÓN AGUILAR
Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon „
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Juan B. Justo
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinarias (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Diógenes Decoud
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN L. FIGUEROA (en ejer.)
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	„	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA (en ejer.) PEDRO BARBIERI
Clínica Quirúrgica	„	VACANTE
Clínica Médica	„	IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	„	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
„ Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
otánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas		Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	}	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	}	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía; Fisiología, Patología, . . .	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„ NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Doctor LUIS GÜEMES

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Á MI MADRE

A MI ESPOSA

A MIS HIJITOS

A MIS HERMANOS

A MI TÍO PASCUAL GUALLART

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al presentar á vuestra honorable consideración este trabajo, como prueba final de mi preparación médica, creo inútil advertiros que no hallaréis en él nada extraño á vuestros conocimientos de maestros, pues no es el resultado de propias observaciones sino de las que, en mi carrera de estudiante he recogido en vuestras diversas clínicas.

No os lo entrego, pues, con la fátua vanidad de un pretendido observador, sino con la sinceridad del discípulo que, comprendiendo la medida de sus fuerzas, trata el tema abordado como reflejo de enseñanzas adquiridas y en cumplimiento de una cláusula reglamentaria.

Antes de entrar en materia séame permitido expresar mi mayor reconocimiento al distinguido académico titular Dr. D. Luis Güemes, que me dispensa el alto honor de acompañarme en este acto. Mi más sincera y profunda gratitud á los Dres. Andrés F. Llobet y Manuel Beguerestain que con tan buena voluntad me han prestado su valioso concurso para la confección de este trabajo. Como á todos vosotros cuyas lecciones recibidas han de servirme de guía en la difícil profesión en que voy á iniciarme.

Definición—División

El término de hematocele pelviano, como su hetimología lo indica, sirve para designar todo derrame sanguíneo enquistado en la cavidad pelviana. El enquistamiento que puede ser primitivo, pero, que en la gran mayoría de los casos se produce secundariamente, da al derrame una fisonomía propia y lo distingue de las hemorragias difusas. Estas pueden hacerse ó bien dentro de la serosa ó ya fuera de ella, de donde la división consagrada de *hematocele intra-peritoneal y extra-peritoneal* por relación á su sitio.

Como se ve no entra en esta definición, el hematocele cataclísmico de los clásicos (Barnes), llamado inundación peritoneal; rapidamente mortal en general, porque en este caso la sangre está perfectamente libre en la cavidad peritoneal; no hay un tumor formado.

Pero si esta hemorragia se cohibe antes de matar á la enferma, la sangre tiene tendencia á

coleccionarse en los puntos más declives del abdomen y el hematocele está entonces constituido.

Existe entre la inundación peritoneal y el hematocele pelviano la misma diferencia que entre una hemorragia en su periodo activo y un hematoma (P. Thévenard).

Hemos dicho que en el momento de la hemorragia la sangre tiene tendencia en razón de la gravedad, á coleccionarse en la parte más inferior del abdomen; y habiendo sido *intra-peritoneal* se acumulará en el fondo de saco de Douglas, en razón de su situación más inferior y porque la trompa causa de la hemorragia, gravida en la mayoría de los casos casi siempre á basculado en el *cavum retro-uterino*. Tenemos entonces la variedad que todas es la más común, el *hematocele retro-uterino*.

Que por cualpuier circunstancia, como ser adherencias, la trompa haya sido sujetada en el *cavum ante-uterinum*; que falsas membranas hayan cerrado el fondo de saco de Douglas, que esté ocupado por el útero en retro-flexión; y que á consecuencia de una antigua pelvi-peritonitis, restos de membranas hayan formado tabiques en la cavidad peritoneal, entonces la sangre podrá coleccionarse adelante, á los lados, arriba del útero y también tendremos hematocele. Por este motivo es que Gallard había propuesto la denomi-

nación de *hematoceles peri-uterinos*, aplicable á todos los casos.

Si la hemorragia se ha producido en el punto inferior de la trompa, la sangre se infiltra poco á poco entre las dos hojas del ligamento ancho, la hemorragia será forzosamente limítada, se enquistará realmente; se constituirá el *hematocele extra-peritoneal*.

Como se ve la sangre derramada ocupa más frecuentemente dos sitios diferentes:

1.º En el interior de la cavidad peritoneal hacia atras del útero, es el hematocele *intra-peritoneal*, el primero cuya historia clínica ha sido también descrita.

2.º El derrame puede tener lugar debajo de la serosa, en los ligamentos anchos y hasta en el tejido celular peri-vaginal, tomando la forma de un verdadero *trombus* y cuya significación y síntomas son mucho menos graves que en el intra-peritoneal.

Puede ocurrir que una desgarradura del ligamento, ó la supuración de el hematocele pueda transformar esta forma en hematocele intra-peritoneal secundario, retro-uterino ó no; pero felizmente el hecho es excepcional.

Historia

La historia de los tumores sanguíneos de la excavación pelviana era seguramente conocida desde mucho tiempo atras, y los trabajos de Albhers, de Brêmen, Ruysch, Recamier, prueban que ya se habían estudiado esos derrames sanguíneos situados alrededor del útero, pero no habían sido el objeto de una descripción completa. Se habían visto es cierto los hematoceles, pero hasta aquí se trataba de una afección sintomática de lesiones de órganos diversos, de hemorragias intra ó extra peritoneales proveniendo de puntos diversos, y no se había estudiado su naturaleza; sus caracteres, en una palabra se estaba lejos de hacer una entidad patológica.

Velpeau, publicó algunas observaciones y parece haber hecho el diagnóstico de la lesión sin decir nada de su asiento.

Bernutz publica á su vez algunas observaciones en 1848 y menciona algunos de los rasgos prin-

cipales de esta afección á la cual Nélaton debía unir su nombre al que llamó *hematocele retro-uterino* y que describió magistralmente dándole sitio en la nasología.

Después de las lecciones de Nélaton nacieron gran número de trabajos sobre el mismo punto. En efecto comienzan los trabajos de los cirujanos y ginecologistas (1852), muchos puntos han sido dilucidados, pero otros quedan todavía oscuros, y la cuestión del hematocele ofrece siempre un vasto campo de ínvestigaciones.

En 1855 aparecen los primeros trabajos, las discusiones de la Sociedad de Cirugía en Francia, se establecen los signos de la enfermedad, su sitio exacto, la frecuencia del derrame en el fondo de saco posterior; de donde el nombre de hematocele retro-uterino, se cree en la utilidad de la intervención quirúrgica, se preconiza como tratamiento la abertura del tumor.

Algunos años transcurren, los hechos se multiplican, piezas patológicas relativas al hematocele son presentadas á la Sociedad de Cirugía; se estudia mucho el lado de las teorias, se investiga el modo de formación del tumor. Y es también en esta época que Cestan, Pros Lauguier, Voisin, Courty estudian especialmente el lado anatomo clínico de la afección, sin investigar mayormente la fuente de la hemorragia.

Peritoneal según algunos, tubo-ovárica para otros, ovárico simplemente para Gallard, que

declaraba en 1860 que la hemorragia tenía su asiento en la herida ovular, «no sabiendo si el desprendimiento de un óvulo fecundado provocaría la hemorragia más fácilmente que el de un óvulo no fecundado.»

En 1878 se hace del hematocele un estudio tan completo como las circunstancias lo permiten. Es así que apoyándose sobre experiencias concluyentes y sobre el análisis de un gran número de observaciones muestran los autores que una de las condiciones indispensables del enquistamiento de la sangre derramada; en una palabra, la formación de un tumor sanguíneo era la alteración probable de la serosa perítoneal.

Se unía á los fenómenos inflamatorios y se oponían desde el principio á la reabsorción del derrame. Defendían desde luego la teoría de la paqui-peritonitis como la causa frecuente del hematocele.

En cuanto al hematocele extra-peritoneal ó infra-peritoneo pelviano, buscan de establecer la existencia y no puede ser puesto en duda así como lo atestiguan las memorias de A. Martin.

Esta cuestión hace todavía sobre este terreno un paso adelante, hematocele y embarazo extra-uterino serían sinónimos, frecuentemente también el tumor sanguíneo no sería más que una complicación de una pelvi-peritonitis. Llegamos, en fin, á la faz que podemos llamar antiséptica y todavía aséptica y que remonta á estos últimos años, y que

está constituida por la puesta en práctica de los diversos procederes operatorios, empleados antiguamente y después abandonados, los cuales dan al cirujano una seguridad casi absoluta y le permiten combatir, por la intervención las complicaciones tan graves de los hematoceles.

Etiología—Patogenia

La frecuencia de los derrames sanguíneos en la cavidad pelviana es bastante grande. Bajo la influencia perturbadora de una fatiga, de un esfuerzo, de un enfriamiento, puede producirse una pequeña hemorragia en el peritoneo, que proviene de la trompa.

Si el peritoneo está sano la reabsorción de esta sangre se hace fácilmente; no sucediendo lo mismo si la serosa está alterada ó destruida, pues en este caso el poder de reabsorción desaparece, y así se explica la no reabsorción de los hematoceles, aún cuando el derrame sanguíneo no sea muy considerable.

Cnando la hemorragia se hace en abundancia, como ocurre frecuentemente por la ruptura de un embarazo tubario, la reabsorción de la sangre derramada tarda en efectuarse, y los coágulos tormados haciendo el papel de cuerpos extraños alteran el peritoneo, que por sus medios de defensa

tiende á secuestrar la causa de irritación y le forma membranas periféricas. Así aprisionada la sangre sufre en este saco adventicio un lento trabajo de desintegración molecular, y puede aun en algunos casos bajo influencias séptícas descomponerse y transformarse en pus.

Hay casos en que el enquistamiento del foco es preparado de antemano por la inflamación de la trompa, que forma falsas membranas alrededor de su pabellón. Y no es raro observar al príncipio de muchas observaciones pequeños poussés de pelvis-peritonitis.

La causa de la hemorragia es hoy día bien definida; sin embargo las múltiples teorías que han precedido la teoría actual, han tenido y tienen lugar en la literatura médica.

Fuentes múltiples han sido admitidas, y se había supuesto que la sangre podía venir del peritoneo, de los plexos útero-ováricos, ovario, del útero y de la trompa. Es decir que todos los orígenes posibles han sido invocados. Pero ímporta hacer notar que es indispensable el separar claramente, en esta discusión patogénica, los derrames difusos de los hematoceles propiamente dichos. El origen real de los grandes derrames sanguíneos es conocido desde la época de Sabattur, Duverney, Bianchi, etc., quienes habían indicado el embarazo ectópico como la causa directa; el origen de los hematoceles por el contrario ha sido siempre discutido.

Establecida la cuestión patogénica del hematocele, pasaré someramente en revista sus teorías.

Peritoneo.—Virchow, Debheau (1860-1863), habían tratado demostrar que el peritoneo como toda serosa podía ser el sitio de una inflamación crónica con tendencia hemorrágica, *paqui-pelviperitonitis hemorrágica.* Mas tarde Bernutz y Besnier describen una pelvi-peritonitis aguda tocando por su intensidad á una transudación sanguínea. Pero la mayor parte de estas observaciones, pueden también interpretarse en el sentido de la ruptura precoz de una trompa grávida.

Plexos útero-ovárico.—Es Richet, quien emite por primera vez la hipótesis que el hematocele podía tener como origen la ruptura de los plexos útero-ováricos varicosos. Más tarde Devalz, Cestan y Reynier en 1891, trata por medio de observaciones, demostrar la exactitud de esta teoría. Pero las investigaciones histológicas prueban que se trata aun en los casos de ruptura en apariencia clara, casi siempre de un embarazo tubario desconocido.

Ovario.—El ovario al estado normal, según Gallard, determinaría una hemorragia mínima, á causa de la ruptura de la vesícula de de Graaf, y que recogida por la trompa pasaría desapercibida. Pero que una congestión, que el óvulo sea fecundado en el folículo y que por otra parte, la trompa

esté desviada no podrá recogerla, se hará una puesta extra-uterina acompañada de una hemorragia más ó menos considerable.

Esta teoría hipotética ha sido más tarde abandonada por su autor.

Que el ovario enfermo es algunas veces el sitio de apoplegías y de hematomas y por esta razón la fuente de hemorragias pelvianas, esta teoría es más fácil de sostener. En efecto, Rollin demuestra el doble mecanismo por el cual estos derrames sanguíneos pueden producirse sea primitivamente, hemorragias *extra-vesiculares*, sea secundariamente por ruptura de un quiste sanguíneo; y como consecuencia de la ruptura hemorragia en el peritoneo, pero estos derrames son casi siempre poco considerables.

Utero reflujo por las trompas.—Los autores antiguos negaban que la trompa tomase parte en la hemorragia catamenial; pero en cambio admitían la posibilidad del reflujo sanguíneo venido del útero en el momento de las reglas, y bajo una influencia perturbadora cualquiera. Guerin pretende que, en la dismenorrea membranosa los trastornos menstruales pueden provocar el derrame de sangre en el peritoneo; así dice el autor: «La membrana mucosa del útero se hincha durante la menstruación, llena toda la cavidad uterina; cuando la membrana mucosa se exfolia forma un tapón que cierra el cuello del útero, mientras que el

orificio de la trompa queda abierto, de este modo la sangre pasa al peritoneo.» Esta etiología me parece dudosa á menos que no haya un estrechamiento adquirido ó congénito.

Trompa.—La mucosa tubaria sería para Trousseau y Fernely, el sitio de una pequeña hemorragia en el momento de las reglas; mínima normalmente, podría ser más considerable bajo la influencia de causas diversas. Esta teoría, es, como dice Segoud, una ingeniosa hipótesis sin importancia.

Teoría actual.—En suma ninguna de las teorías precedentes resiste al examen. Sólo algunos casos de hemorragias debidas á la ovaritis esclero-quística, parecen probables aun cuando son insuficientemente demostrados.

Es á Lawson Tait que se debe el honor de haber mostrado el rol preponderante, que juega en su génesis el embarazo extra-uterino como causa de la hemorragia peri-uterina, y que por él se explican de un modo conciso las modalidades diversas de la afección.

Ahora bien, ¿por que mecanismo el embarazo tubario producirá la hemorragia y en muchos casos el hematocele consecutivo?

1.° Por hemorragia intra-tubaria, que llega á la formación de un *hematosalpinx*, que puede enquistarse en el oviducto y reabsorverse, ó que aumenta bajo la influencia de las congestiones menstruales

hasta producir la ruptura del órgano, por un choque, coito, etc.

2.° Por *aborto tubario completo ó incompleto*, siendo el huevo en su totalidad ó en parte expulsado, en la gran mayoría de los casos en el peritoneo, quedando las paredes de la trompa intacta.

3.° Por *ruptura tubaria*, las paredes de la trompa ceden bajo la influencia de causas que producen una hemorragia fatal, sino interviene el cirujano; llegando algunas veces á la formación de hematocele cuando se cohibe expontáneamente.

Sabemos que la trompa está anatomicamente mal dispuesta para hacer los gastos del desarrollo de un feto, y se concibe que el huevo no encuentre en ella lo suficiente para su desarrollo, la superficie de implantación de la placenta es deficiente para sus necesidades, el huevo sufre y las más de las veces se muere. En estas condiciones, las vellosidades coriales se atrofian, degeneran, los lagos maternos quedan abiertos, una hemorragia en napa tiene lugar entre la pared y la placenta, y el desprendimiento del huevo se produce. Esta terminación es la mas favorable.

El *aborto tubario* propiamente dicho ha sido estudiado por Martin, Pilliet, etc. De todas las terminaciones del embarazo tubario este sería según Martin, el más frecuente, tendría lugar más especialmente en los dos primeros meses, aproximándose la ruptura más bien durante el tercer mes.

Puede ser completo ó incompleto, dando una

sintomatología diferente en los dos casos. Puede ser tubo-peritoneal ó tubo uterino, siendo la primera forma más común por el hecho de que en la gran mayoría de los casos el huevo se injerta en el tercio externo de la trompa.

Si el aborto es completo, la hemorragia es mínima, no se repite. Si por el contrario, el aborto es incompleto, las pérdidas sanguíneas se repiten hasta, que los restos del huevo degenerado sean eliminados.

De todas las terminaciones del embarazo tubario, la *ruptura* de la trompa es la más grave.

Lawson Tait pretendía que esta terminación tenía lugar hacia la duodécima semana. Picgue piensa que tiene lugar antes del quinto mes.

La ruptura tiene lugar en la parte superior de la trompa por ser en este lugar donde con más frecuencia se inserta la placenta. En efecto, las investigaciones de Lawson Tait, Zedel, Pilliet, han demostrado que si no siempre, por lo menos en la inmensa mayoría de los casos, esta ruptura tiene lugar en el punto en el cual debe formarse ó está formada la placenta. Es en este lugar que la trompa está en continuidad con las vellosidades coriales, y es en este sitio que la hemorragia se produce.

Orthmann y Muret han probado por su parte que la hemorragia producida por el desprendimiento parcial de la placenta es intersticial; ella disocia la pared, separa las fibras musculares entre

sí, las cuales degeneran. Entonces el menor choque, una cantidad mayor de sangre intra-tubaria, producen la ruptura.

Tal es la transformación de la pared tubaria en tejído patológico, en el punto en el cual la ruptura tendrá lugar.

Si la ruptura es repentina tendremos la inundación peritoneal, y si el peritoneo no está preparado la hemorragia seguirá más ó menos fuerte sin interrupción hasta concluir con la vida de la enferma. Así como lo dice Segoud; pequeño derrame en un peritoneo enfermo, gran hemorragia en una serosa sana. Si por el contrario, la ruptura ha sido precedida de pequeños derrames que han despertado la serosa, la hemorragia queda limitada y el hematocele se constituye, más ó menos enquistado por falsas membranas.

En los casos en que la ruptura de la trompa tiene lugar en la parte inferior, el derrame sanguíneo se hace entre las hojas del ligamento ancho, formando el hematocele *extra-peritoneal*, en este caso la hemorragia se limita forzosamente, se enquista.

Anatomia Patologica

Las hemorragias intra-peritoneales, son libres en un principio; la sangre es liquida y forma una especie de lago que puede desplazarse, pues es raro que falsas membranas constituyan de lleno una bolsa protectora.

En estos derrames difusos la sangre llena toda la cavidad peritoneal, se encuentra aun por debajo del diafragma, detras del higado y del estomago.

Lo más á menudo es en parte liquida en parte coagulada; los coagulos se acumulan de ordinario en la cavidad pelviana que puede llenarla enteramente, ocupando asi el el fondo de saco vesico y recto uterino.

La sangre liquida ocupa las fosas iliacas, como tambien se infiltra entre las ansas intestinales que faltan como sobre liquido ascitico. La cantidad del derrame es muy variable, pudiendo alcanzar las proporciones de 1.500, 2.000 gramos y en algunas observaciones se habla de 3, 4, 5 litros.

Estas hemorragias libres primitivamente pueden enquistarse, ellas constituyen entonces un hematocele, es decir etímologicamente un tumor sanguineo.

Este tumor se situa ordinariamente en el fondo de saco de Douglas (hematocele retro-uterino), algunas veces entre la vejiga y el utero (hematocele ante-uterino) (Braun, Schroder); se extiende á menudo sobre los costados y puede remontar por arriba de los limites de la pelvis. La variedad ante-uterina supone una pelvi-peritonitis antigua habiendo llenado el fondo de saco posterior.

En la forma la más común, la tumefacción rechaza el utero hacia adelante y arriba, comprime el recto contra el sacro, reposa sobre el piso pelviano y se extiende lateralmente más ó menos lejos fuera de la linea mediana. Hacia arriba está separada de la gran cavidad peritoneal por un tabique verdadero diafragma patologico (Bernutz) amoldandose sobre el derrame, aglutinando el intestino epiplon etc. y tanto más espeso cuanto que la lesión es más antigua. Es así que solamente después de la abertura del vientre y despues de haber desprendido las adherencias más ó menos resistentes, segun la época de la lesion, que se cae en el saco sanguineo.

El contenido varia tambien con la época de la lesion, los coagulos que llenan la bolsa retro-uterina son por lo general difluentes y de una coloración negra ó parduzca. Mas tarde está constituido por un liquido de cosistencia siruposa el cual puede

transformarse en seroso, libre en una bolsa de estratificaciones fibrinosas.

Las paredes del saco estan formadas por una capa de falsas membranas, estas se adhieren más ó menos á los organos vecinos; espesas en ciertos puntos, muy delgadas en otros, presenta por lugares un aspecto claramente estratificado. Pero no siempre esta capa fibrinosa ofrece la resistencia y la independencia de una verdadera membrana de envoltura; es este un detalle que importa de señalar, pues él muestra cuan á menudo es más teórico que real las tentatívas de marsupialización de esta pared.

El volumen del tumor es extremadamente variable, la abundancia de la sangre derramada está subordinada á muchas condiciones, de donde las principales son, la naturaleza del accidente que le ha dado nacimiento y el estado de el peritoneo.

En los hematoceles extra-peritoneales, la hemorragia es raramente muy considerable, no ocupa más que un punto limitado, puesto que el derrame se hace entre las hojas del ligamento ancho. En la forma más comun el tumor se situa en el borde superior ó la base del ligamento; cuando la hemorragia es muy considerable, desdoblando el ligamiento, la sangre puede huir siguiendo el tejido celular hacia la fosa ilíaca (Charpy, P. Delbet), hacia delante ó detras del útero, algunas veces á lo largo del raquis en un caso de Lejars.

El saco es anfractuoso lleno de tabiques y de

tractus celulares (Martin) y más tarde doblado de capas fibrinosas.

La sangre sufre, pero con más lentitud, las mismas transformaciones regresivas que en la variedad intra-peritoneal. El utero es rechazado del costado opuesto y la coleccion hace saliencia en el fondo de saco correspondiente de la vagina.

Sintomatologia

Derrames difusos.—Hemos visto que las causas ocasionales de la hemorragia intraperitoneal son multiples. La congestion menstrual, el traumatismo, una exploración quirurgica, una emocion moral pueden producirla

Pero ella sobreviene á menudo sin la intervencion de ninguna de estas causas; y si muchas mujeres son presa de terribles accidentes de hemorragia interna despues de un ejercicio, esfuerzo, caida etc; gran numero de otras son sorprendidas en los periodos más calmosos de su existencia fisiologica.

Es entonces en plena salud, ó á lo menos en medio de esos ligeros trastornos que se puede observar al comienzo de un embarazo dudoso, algunas veces despues de una ó dos irregularidades menstrales: que sobrevienen de golpe sintomás, anunciando que se produce alguna cosa anormal en el abdomen.

Sin presentar siempre este principio brusco y dramático tambíen descrito por Bernutz, y que no es excepcional observar, es raro que un dolor y un dolor á menudo violento no marque el comienzo de la enfermedad.

Este dolor es ordinariamente el primer síntoma, es de una intensidad extrema y da á la enferma la sensacion de un arrancamiento ó de una desgarradura interna. Se situa más comunmente en la pequeña pelvis de un solo lado ó en la region lumbar, y de ahi se irradia hacia los flancos, los hipocondrios, el epigastrio, ombligo y los muslos.

Los signos de hemorragia interna se establecen con extraordinaria rapidez, es asi que se constatan: aceleración de los latidos cardiacos, pulso pequeño, filiforme, enfriamiento de las extremidades, palidez de los tegumentos sobre todo de las mucosas. La temperatura sufre un descenso al comienzo de los accidentes. Si hay nuevas hemorragias, una elevacion térmica puede al contrario producirse, en el momento mismo de cada crisis, y es entonces debída á la reaccion peritoneal y no á á la reabsorcion.

A estos signos de hemorragia interna, se agregan muy frecuentemente transtornos del aparato digestivo; nauseas, vomitos alimenticios y biliosos no son raros. El vientre se pone tenso, se abulta, esto depende del grado de reaccion peritoneal.

Si se examina nna enferma víctima de estos accidentes se observa con cierta frecuencia algunos

signos de embarazo: aumento de volumen de las mamas, pigmentacion de areola, la presencia de los tuberculos de Mongomery, y el derrame de calostrum segun Murataw, metrorragias acompañadas á veces de la expulsión de una cáduca.

El exámen fisico da tambien algunas veces resultados importantes; se nota matitez, no siempre en los flancos á la percusion. La palpación permite en ciertos casos constatar fluctuacion.

Por el tacto vaginal se comprueba aumento de volumen del útero y resblandecimiento y abertura del cuello.

Si la enferma no sucumbe á la anemia aguda, á la abundancia del derrame, este se enquista, los síntomas de tumor pelviano se pronuncian, y el hematocele formado evoluciona con sus síntomas funcionales y sus signos fisicos propios.

En los *derrames enquistados ó hematoceles de forma comun*, su principio es identico al de la inundacion peritoneal. La aparicion brusca, un dolor vivo, el pulso pequeño, enfriamiento de las extremidades, descenso de la temperatura, vomitos y muy á menudo una metrorragia acompañada de expulsion de cáduca.

En los dias que siguen la primera aparicion de los fenomenos morbidos, se nota que los trastornos digestivos: nauseas, vomitos, disminuyen; que el meteorismo es menor, los dolores abdominales no tardan en perder su intensidad, se hacen francamente pelvianos, algunas veces desaparecen á tal punto

de permitir la marcha. Ordinariamente inmovilizan la enferma, se reproducen por crisis y son provocados por los movimientos y la defecacion.

La temperatura está elevada aun fuera de toda infeccion local ó intestinal.

No es rara, durante los primeros dias, estando subordinada probablemente á la influencia de la reaccion peritoneal.

La sangre acumulandose en el fondo de saco de Douglas, despierta los fenomenos de compresion que se manifiestan por los trastornos de las funciones vesicales y rectales. La retención de orina es frecuente; se observa tambien por el contrario tenesmo, disuria.

La constipación es de regla, debida en parte, á la paralisis intestinal que es el resultado de la peritonitis, en parte debida á la comprensión ejercida sobre el recto por la masa de sangre derramada.

Cuando los signos que venimos de ver estan reunidos es facil pensar en un hematocele. Pero está lejos de ser siempre asi, y los signos fisicos son en los casos de incertidumbre de una grande utilidad.

Por la palpación, se puede á menudo constatar la existencia de una tumefacción abdominal, situandose en la zona infra-umbilical, sobre pasando el pulbis más ó menos irregularmente.

Por el tacto, se dá cuenta que la pequeña pelvis está llena por una masa que rechaza el útero hacia adelante, lo más frecuentemente, el cuello está re-

montado y aplastado contra el pubis, con el cual parece fijo; hacia atras del útero la masa borra el fondo de saco de Douglas que proemina fuertemente adelante. Este fondo de saco está en efecto ocupado por un tumor, que, hacia arriba no tiene limites precisos y que hacia abajo se prolonga hasta cuatro ó cinco centimetros de la vulva. Su consistencia es variable, al principio es fluctuante, más tarde pastosa y aun leñosa.

Se puede algunas veces cuando la pared del vientre no es muy tensa, darse cuenta por el examen bi-manual, del lugar que ocupa el útero por relacion á la tumefaccion general; y entonces se le encuentra hacia adelante facil de sentir, pues él está remontado y se encuentra como enucleado en la pequeña pelvis,

Casi siempre se constata todavia por el tacto, la existencia de un derrame algunas veces sanguinolento, más á menudo color chocolate.

En ciertos casos el tumor no es francamente retro-uterino, es algunas veces lateral, más raramente ante-uteríno situandose entonces en el fondo de saco vesico-uterino.

Asi constituido el hematocele puede haber alcanzado de lleno su maximu, y despues de un periodo de estadio variable, entrar en un periodo de regresion: es decir que despues de cinco, seis, ocho días durante los cuales, la enferma á tenido siempre dolores, un poco de peritonismo, un estado nauseoso más ó menos marcado; todo se calma

y no queda más que el tumor, el cual puede en cinco, seis, ocho semanas desaparecer ó dejar una muy pequeña reliquia indolente.

Pero no siempre es asi y frecuentemente despues de una primera crisis, se observa una segunda, una tercera, á cada vez la tumefacción aumenta, siendo debidas á nuevas hemorragias que se producen.

Señalaremos enfin, la posibilidad de los accidentes de la supuración, debidos lo más á menudo á una infección por la via vaginal, las cuales se anuncian por fiebre, fenomenos de reaccion peritoneal y el reblandecimiento del tumor.

Diagnóstico

Hemos supuesto hasta aquí, que el diagnóstico de la inundación peritoneal haya sido hecho, no quedando más que precisarlo. Pero á pesar del cuadro sintomático tan manifiesto en estos accidentes, la hemorragia interna es á menudo confundida con una serie de otras afecciones.

La forma dolorosa ha sidó tomada por crisis de histeria, por cólicos hepático, nefrítico é intestinales. Pero los errores más frecuentes tienen lugar, cuando los síntomas toman el tipo de peritonitis, de la oclusión intestinal, el extrangulamiento interno, un envenenamiento.

En general, los antecedentes, la clase y forma de los vómitos, el sitio de los dolores; su irradiación, lo repentino del accidente, su coincidencia con la época catamenial y la suspensión anterior de la menstruación, la intensidad del dolor que después se atenua, los signos de anemia aguda, descartan los cólicos y los envenenamientos.

En el hematocele enquistado, el cuadro clínico que acompaña su formación y los síntomas consecutivos, son generalmente tan característicos que en la gran mayoría de los casos el médico no podrá extraviarse en el diagnóstico, y bastará para ello pensar en la existencia posible del tumor. Es así que Thévenard dice: «toda vez que nos encontramos en presencia de una enferma en pleno periodo de actividad genital, habiendo padecido de trastornos menstruales anteriores ó manifestado signos de embarazo, y que ha sido sorprendida repentinamente por accidentes graves de peritonismo y hemorragia interna, antes de todo se debe pensar en el hematocele y solo después de eliminar ese diagnóstico se dirigirán las investigaciones en otro sentido.

Sín embargo, á pesar de lo que hemos visto en la sintomatologia, en lo que se refiere á los datos que dan la palpación, la percusión y el tacto; en este caso también, estando el hematocele constituído, es posible cometer errores y se debe reconocer que son frecuentes.

Ha sido confundido con la apendicitis, pero se recordará que en esta afección la enferma localiza su dolor en la fosa ilíaca derecha (Mac-Burney), que la palpación permite sentir en esa región una tumefacción pastosa, alargada que sube hacia el hígado, en lugar de encajarse en la pelvis.

Es más difícil todavía diferenciar el ataque de un hematocele con la torsión del pedículo de un

quiste del ovario, los síntomas presentan gran analogía. Sin embargo, el tumor que cónstituye el quiste puede ser bien limitado, lo que no sucede con el hematocele constituído. Es algo más elevado, no penetra mucho en el fondo de saco de Douglas, y los fenómenos peritoneales son más marcados que las hemorragias (Ross, Bouilly). Además existe en el hematocele un signo que si bíen no se presenta siempre al principio, nunca falta á los dos ó tres días de la formación de un hematocele, y que consiste en las pérdidas sanguineas uterinas, que de rojas se vuelven bien pronto color chocolate.

En el pio-salqinx el tumor es más fluctuante, la tumefacción es casi siempre unilateral; el tacto es muy doloroso, con una sensación especial que no existe en las colecciones sanguíneas. En el hematocele predominan los signos de hemorragia, y en el otro caso los signos de infección.

Los tumores del ovario son supra-pubianos más medianos, más movibles, más renitentes, se pueden delimitar bien, en general, y no proeminan en el fondo de saco posterior.

El útero grávido en retro-flexión se asemeja mucho á un hematocele, lo que ha permitido con frecuencia la confusión. El mejor medio de diagnosticar, consiste en buscar el cuerpo del útero que en el hematocele está encajado en el centro de la tumefacción (Pozzi).

El diagnóstico diferencial con los fibromas es á menudo difícil. Lo irregular, lo duro de esos tumo-

res, las metrorragias, y el aumento de la cavidad uterina servirán de base.

En general, los antecedentes, la reunión de los accidentes peritoneales con los signos de la hemorragia interna, la palpación y el tacto vaginal, no deben ser omitidos en ningún caso, pues ellos nos conducirán casi seguramente al diagnóstico, el que á veces podrá ser ayudado por un exámen bajo anestesia.

Pronóstico

De las hemorragias internas dependiendo de un embarazo ectópico, se desprende esta noción, que su pronóstico es de una gran gravedad.

En los derrames enquistados, el pronóstico del hematocele es apreciado por los autores de modos muy diferentes; y está subordinado al período de evolución en el cual se le entreviste. En tanto que la hemorragia es difusa y que puede recidivar, el pronóstico se confunde con el de la inundación peritoneal, pues la persistencia de estos accidentes graves puede acarrear la muerte si no se interviene.

Aun cuando el enquístamiento se haya realizado, es necesario pensar todavía en la infección del foco con todas sus consecuencias; pero esta eventualidad no se encuentra siempre, y su peligro no es tan inmediato.

En general, el pronóstico depende mucho del tratamiento que se emplea, y es así que: la dura-

ción de la enfermedad, la persistencia aun en los casos de curación expontánea, de lesiones pelvianas, desviaciones, fístulas, bridas peritoneales, esterilidad, etc., y sobre todo las recidivas posibles imponen la obligación de una intervención precoz.

Tratamiento

¿Se puede formular una ley general en el tratamiento de los hematoceles?

La indicación operatoria, lo mismo que el método á seguir, está subordinado á diferentes condiciones, entre las cuales, la antigüedad de la lesión, su sitio, y su volúmen son las más importantes.

Es así que en los casos de inundación peritoneal, en el hematocele cataclísmico de Barnes, consecutivo al embarazo ectópico, de abundancia considerable para dar lugar de lleno á fenómenos graves é inquietantes; es en estos casos que la conducta á seguir parece bien establecida hoy día. En efecto, todos los cirujanos están de acuerdo en el tratamiento, y es la intervención por la laparotomia que se impone.

Ahora bien: ¿Se debe operar en el acto, ó esperar que tenga lugar la hemostasia expontánea?

Como se comprenderá bien, no es posible dar una regla fija, los casos varían; pero si hay te-

mores de perder á la enferma, opinamos con Bouilly, que se debe operar en el acto, cueste lo que cueste; la preparación antiséptica será mala, la asistencia operatoria será defectuosa é insuficiente, poco importa, es necesario detener la hemorragia.

La estadística de Cestan dá 86 casos, tratados por la espectación con 85 °/₀ de muertas, y 79 laparatomias de urgencia con sólo 16 °/₀ de defunciones.

Laparotomia.—La técnica operatoria es bastante sencilla, y después de colocada la enferma en posición declive y hecha la antisepsia de la región; se abre el vientre, se sacan rápidamente los coágulos que llenan la pequeña pelvis. Libre de los coágulos, se introduce la mano detrás del útero, se busca la trompa rota, muy fácilmente reconocible, y se coloca una pinza en el ángulo útero-tubario y otra en el ligamento infundíbulo pelviano. Practicada esta hemostasia provisoria se reconoce la lesión y se resecan los anexos de ese lado. Se trata luego de hacer la *toilette* peritoneal tan completa como sea posible, secando. Después se sutura la pared.

Si hay temores de que se infecten las paredes del foco, es prudente drenar durante cuarenta y ocho horas.

El estado general de la enferma se levantará inmediatamente de ser operada, con inyecciones

de éter, cafeina, suero artificial. Con este tratamiento la enferma sale de el colapsus en que se encuentra.

Una nueva cuestión se suscita: ¿deben tratârse quirúrgicamente todos los hematoceles constituidos, enquistados?

Si el tumor es poco voluminoso, si en lugar de aumentar disminuye gradualmente, si el estado general de la enferma es bueno, bastará limitarse al tratamiento puramente médico, es decir: reposo absoluto en el lecho, laxantes, inyecciones vaginales antisépticas calientes, aplicaciones frías sobre el vientre, reconstituyentes, lo más á menudo en cinco ó seis semanas el hematocele se reabsorverá.

Pero si el tumor queda estacionario después de algunas semanas de este tratamiento, es mejor intervenir, pues no debemos olvidar que el hematocele acarrea perturbaciones en la micción y en la defecación, y que está expuesto á la infección y á la supuración con todos sus peligros.

Si el hematocele es voluminaso, si los dolores son violentos, los signos de compresión muy acentuados, si la temperatura es elevada, la indicación de la intervención se impone, cualquiera que sea el estado de anemia de la enferma.

¿Cómo es necesario entonces tratar quirúrgicamente el hematocele constituido, enquistado?

En vista de lo expuesto, de la experiencia de los ginecólogos mencionados, de lo que he visto du-

rante mi permanencia en el servicio, me inclino del lado de la *Colpotomia posterior*. Pues la facilidad de su ejecución y la eficacia de sus resultados, son hechos que hablan en su favor, y hacen de ella la intervención racional.

Sus opositores, dicen que hay dos peligros, á saber: la hemorragia y la infección post-operatoria, objeciones fáciles de refutar por cuanto la primera es muy rara, cuando se procede con prudencia, y la segunda no tiene razón de ser en la época actual, en que la antisepsia es hecha tan rigurosamente; y como prueba testimonial de nuestras simpatías por este método operatorio aplicado al tratamiento quirúrgico, reproducimos la estadística de Thévenard que en 53 casos operados por Bouilly, Segond, Tuffier y Routier ha habido 53 curaciones.

Está bien entendido que esta intervención no tendrá lugar sino una vez constituido el tumor, pues en caso contrario no es el tumor que se quiere curar, sino la hemorragia que se quiere cohibir.

No describiré aquí las diversas insiciones empleadas para ejecutar la *Colpotomia posterior* (transversal-antero-posterior), están en todos los tratados. Bastará para ello recordar el sitio de los vasos uterinos, de los ureteres, del recto, vejiga, para no cometer falta operatoria. El éxito de la operación consiste en una buena evacuación primitiva de los coágulos, hecha tan completa como

posible, pero con prudencia, y en el drenaje de la cavidad.

Bouilly y otros preconizan los tubos en T de goma, en cuanto á nosotros empleamos en el servicio el drenaje con gasa iodoformada con buen resultado.

Observaciones

HOSPITAL RAWSON SALA XIII

SERVICIO DEL DOCTOR ANDRÉS F. LLOBET

Gefe de Clínica Doctor M. Beguerestain.

OBSERVACION I

I. G. de G, de 24 años de edad, casada, argentina.

Anteceddntes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Cuando niña tuvo sarampion á los 6 años. Sus primeras reglas las tuvo á los 14 años de edad, abundantes. A los 19 años contrae matrimonio; á los 21 años tiene su primer hijo en condiciones normales, y á los 23 su segundo hijo, ambos viven y son sanos.

Enfermedad actual.—La paciente refiere, que creía estar en los comienzos de su tercer embarazo,

pues sus reglas no se habian presentado en la fecha esperada.

El día 23 de Enero del corriente año, por la tarde, estando encima de una mesa, salta al suelo; al poco rato siente un dolor muy agudo en la fosa iliaca derecha, pierde el conocimiento, pierde las fuerzas, se pone extremadamente palida, tiene sudores frios, la agudeza visual disminuye, los vaidos aparecen con intervalos más ó menos cortos, su cuerpo se enfria, la palabra se hace dificultosa, y en medio de este cuadro que nos refiere su marido, y creyendo la muerte inevitable llama un facultativo y por consejos de este; es traida el día 24 de Enero del corriente año á este servicio.

Estado actual.—Enferma de buena constitución, piel, conjuntivas, labios y encias de un color blanco cera. Pulso pequeño, filiforme. frecuente, enfriamiento general. Abdomen abultado, doloroso á la palpación, meteorismo y un estado nauseoso muy marcado. Hay metrorragias abundantes, y al examen de los organos genitales, se nota que los fondos de saco laterales y posterior (Douglas), parecen estar ocupados por un cuerpo fluctuante, doloroso.

Diagnóstico.—Derrame difuso.

Tratamiento,—Se hace tratamiento medico: inyecciones de suero fisiologico, cafeina, aceite alcanforado, ergotina, fricciones secas, alcohol. En el mismo día por la tarde, como el estado general de la

enferma lo requeria y las hemorragias continuaban se interviene haciendo la laparatomia. Hecha la abertura del peritoneo, se encuentra la cavidad llena de coágulos, los cuales son sacados. Luego se extraen por la herida abdominal los anexos del lado derecho; se coloca una pinza hemostática, se les examina y se ve que la trompa está desgarrada en el tercio externo; con coágulos en su superficie, que al quitarlos dan sangre. Se resecan los anexos de ese lado, se ligan los vasos y previa *toillette* peritoneal, se cierra la cavidad dejando un drenaje á la gasa simple.

En vista de los síntomas de anemia aguda que la enferma acusa; se le hacen nuevamente inyecciones de aceite alcanforado, cafeina, suero fisiológico artificial, se continuan con estas últimas inyecciones, en la cantidad de 300 gramos, por el espacio de unos dias. La enferma se encuentra mejor cada día, se alimenta, y se le dan reconstituyentes.

La herida abdóminal cierra por primera intención y la enferma es dada de alta perfectamente curada, el día 21 de Febrero.

OBSERVACION II

F. E. de R. casada, de 26 años. Argentina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En la infancia sarampion, escarlatina y viruela.

A la edad de 12 años tuvo sus primeras reglas, abundantes dolorosas: y de tres dias de duración. tuvo su primer hijo á los 18 años con embarazo, parto y puerperio normales.

Al mes de su primer parto continuaron sus reglas siempre abundantes y dolorosas. A los 22 años su segundo hijo en condiciones normales. Ambos viven y son sanos.

Enfermedad actual.—Refiere la enferma que hace más ó menos un mes empezó á sentirse con dolores en el bajo vientre, malestar general que le impedía hacer su trabajo habitual, que su vientre aumentaba de volumen, y que con frecuencia sentia necesidad de orinar y de defecar, necesidades estas que eran acompañadas de dolor y á veces de chuchos.

Hace ocho dias dice haber sentido un dolor muy agudo en la fosa iliaca izquierda, que no le permitia caminar ni estar parada y que continuaba á pesar de guardar reposo, tenia insomnio, vomitos, tenesmo vesical y rectal, y metrorragias. Como continuara sin mejoria alguna en los dias siguientes, se resuelve ingresar á este servicio el día 22 de Febrero de 1904, ocupando la cama nº 4.

Estado actual.—Enferma de pobre esqueleto y escasa musculatura, regular paniculo adiposo; piel de coloracion oscura, conjuntivas palpebral anemiada, lo mismo que sus labios y encias. Se queja de agudo dolor en su bajo vientre y tiene metrorragias

no muy abundantes pero continuas, la sangre es roja oscura, á veces coágulada. Su pulso es debil, frecuente y regular. Su temperatura alcanza á 38°, 8 c.

Del examen practicado resulta: abdómen abultado en su parte inferior, doloroso á la palpación superficial. Matitez á la percusión en él hipogastrio y fosas iliacas; donde la palpación es dificil á causa del dolor, se delimita un tumor.

El examen de los organos genitales nos dan los datos siguientes: cuello pequeño con desgarraduras cicatriciales, aplicado al piso superior de la vagina. Fondo de sacos laterales posterior y Douglas, ocupados por un tumor remitente y doloroso. Por la palpación bimanual se constata un gran tumor de consistencia pastosa, doloroso, que abarca toda la pelvis. El útero está incluido en él y rechazado hacia arriba, aplicado á las paredes abdominales. Los anexos no se palpan.

Diagnóstico.—Hematocele pelviano.

Tratamiento.—Médico, consistente; en reposo absoluto; dieta lactea. Lavajes vaginales calientes de Bi-cloruro de mercurio al $^1/_{4000}$. Tapones de glicerina ictiolada. Bolsa de hielo al vientre. Ergotina al interior.

Febrero 28.—El estado general de la enferma ha mejorado las metrorragias se han suspendido. La temperatura á oscilado entre 37,° 4 y 38°. El dolor es mucho menor. El tumor se ha achicado un tan-

to, sus limites son más netos. El pulso es más tenso y menos frecuente. Se le alimenta. Se reemplaza la ergotina por ictiol 0.20 gram. por día, en pildoras.

Contra la rectitis se le ordena enemas calientes.

Marzo 5.—La temperatura á continuado con pequeñas oscilaciones, el estado general de la enferma á mejorado; pero en el fondo de saco posterior hace saliencia bien marcada el tumor, que amenaza, abrirse. En el mismo dia interviene el Dr. M. Beguerestain, haciendo la colpotomia posterior y extrayendo una buena cantidad de coágulos con cierto olor y pareciendo en vias de supuración.

Marzo 9.—La enferma seguia muy bien, sin temperatura, pero hoy se ha producido una hemorragia algo abundante. Ergotina. cafeina y suero fisiologico.

Marzo 20.—En este día se hace laparotomia, porque las hemorragias se siguen repitiendo á pesar del tratamiento, y el grado de anemia de la enferma lo exige.

Abril 20.—La enferma despues de la segunda intervención ha seguido mejorando, sus heridas han cerrado, su estado general es excelente, y es dada de alta curada.

OBSERVACIÓN III

F. B., 21 años, casada, argentina.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos.

Antecedentes personales, — A los 7 años sarampion. A los 8 años reumatismo. A los 17 años contrae matrimonio. Sus primeras reglas aparecen á los 10 años y 6 meses, regulares, abundantes, no dolorosas. Poco tiempo después de casada le aparece un chancro, seguido de una erupción pustulosa, cefalalgia nocturna, dolores de garganta, caida de pelo, etc. A los 18 años su primer embarazo dando á luz un feto á tiempo, pero muerto. Después de este parto ha tenido flujo y dolores en las fosas ilíacas. Hace dos meses un nuevo parto, con embarazo y puerperio normal. Su hijo vive.

Enfermedad actual. — Hace doce días siente bruscamente un dolor que localiza en la fosa ilíaca izquierda, dolor que se irradia hacia el miembro inferior del mismo lado, contínuo y que la molesta seriamente; á lo que se agrega un decaimiento y pérdida de fuerzas, palidez y enfriamiento general. A los tres días de estar con estas molestias comienza á tener metrorragias algo abundantes, micción frecuente y dolorosa, lo mismo que su defecación. Así permanece en su casa durante cuatro días, hasta que en vista de que su metro-

rragia aumenta, resuelve ingresar á este servicio el día 17 de Marzo del actual, ocupando la cama 25 de la Sala.

Estado actual.—La paciente presenta un buen esqueleto y estado muscular, hay regular panículo adiposo. Se queja de un dolor en la fosa ilíaca izquierda, y tiene metrorragias. No hay temperatura. Su pulso es regular, igual, y de tensión relativamente buena. Sus conjuntivas están algo anemiadas. Su piel es blanca.

A la inspección de su abdómen no se nota nada de particular; á la palpación superficial, la enferma acusa dolor en su fosa ilíaca izquierda é hipogastrio. Por la palpación profunda se nota que la fosa ilíaca izquierda está ocupada, no tiene la misma profundidad que la del lado derecho, y la enferma acusa fuertes dolores.

En el examen de los órganos genitales, encontramos que: el cuello es chico, conoideo con estenosis de su orificio, útero al parecer algo chico, levantado y aplicado por debajo de la pared abdominal. El fondo de saco posterior y Douglas ocupado, lo mismo las laterales, más el izquierdo que el derecho, por un tumor remitente de consistencia pastosa, doloroso. Por la palpación bi-manual, se da mejor cuenta de la existencia de este tumor que ocupa la fosa ilíaca izquierda, extendiéndose por detrás del cuerpo del útero hasta el lado opuesto.

Diagnóstico. — Hematocele pelviano.

Tratamiento. — Se le instituye tratamiento médico: ergotina al interior, localmente bolsa de hielo, lavajes vaginales calientes de bi-cloruro de mercurio al $^1/_2$ °/oo, tapones vaginales de glicerina ictiolada, enemas calientes, reposo y dieta láctea.

Abril 2. — El estado de la enferma no ha mejorado mucho, pues aun cuando la palpación denota, que la fosa ilíaca no está tan ocupada por el tumor, sin embargo esta fosa es dolorosa, el tenesmo vesical y rectal persisten, y además se nota por el tacto vaginal, que el tumor proemina más que en días anteriores en el fondo de saco posterior. Se continua con el tratamiento médico.

Abril 6. — En este día interviene el Dr. M. Bequerestain haciendo la colpotomia posterior. Se extraen los coágulss de color negruzco, se vacía la cavidad lo mejor posible y se coloca un drenaje de gasa. Se le hacen lavajes con bicloruro de mercurio al $^1/_{4000}$ calientes, diariamente, y á los 21 días, el día 27 de Abril, la enferma sale de alta del servicio, curada.

OBSERVACIÓN IV

Irene C., 35 años, casada, italiana.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión en su infancia.

Tuvo sus primeras reglas á los 14 años, abundantes, dolorosas y de ocho á nueve días de duración. Contrajo matrimonio á los 17 años. A los cuatro meses de casada dice que tuvo metrorragias abundantes durante un mes, guardó cama, sin temperatura ni otro síntoma. A los ocho meses de casada tuvo un aborto del cual cura bien á los ocho días.

Ha tenido cuatro partos, á los 19, 21, 22 y 24 años; después del último parto tiene un segundo aborto.

Enfermedad actual. — Comienza el 31 de Octubre por la noche después de un paseo, con pérdida de fuerzas que le obligan á guardar cama. Al día siguiente se siente con fiebre, dolores en ambos lados del bajo vientre, sudores, palidez, y al 4.º ó 5.º día la temperatura baja, pero aparecen metrorragias abundantes con sangre negra y coagulada. Continua sin asistencia médica unos días más con sus dolores y sus metrorragias, hasta que se decide entrar en este servicio el día 16 de Noviembre de 1903, ocupando la cama 22.

Estado actual.—Buen esqueleto y musculatura, regular panículo adiposo, piel blanca con conjuntivas, labios y encías un poco anemiadas. Pulso de regular tensión, un poco frecuente. Temperatura 38º5 c. La enferma acusa dolor en ambas fosas ilíacas, tenesmo vesical y dolor en la defe-

cación, pierde sangre un poco contínua, coagulada, de color negruzco.

Del examen practicado resulta que el bajo vientre está algo abultado muy sensible á la palpación, se nota una tumefacción cuyo límite superior se encuentra á tres traveses de dedos por debajo del ombligo y que se extiende á los lados para ocupar ambas fosas ilíacas. El examen de los órganos genitales nos da: cuello hacia arriba, fondo de saco posterior y laterales, sobre todo el derecho, ocupados por un cuerpo remitente doloroso á la presión, el anterior también borrado, porque el cuello está aplicado contra el piso superior de la vagina.

Por la palpación bi-manual se nota un tumor pastoso doloroso, que llena casi la pequeña pelvis, el útero está fijado á la pared abdominal, los anexos no son palpables.

Al tercer día de permanecer la enferma en el servicio, se agregan á los síntomas anteriores, escalofríos y una temperatura que oscila entre 39° y 39° 5 c.

Diagnóstico.—Hematocele supurado.

Tratamiento.—Se practica la colpotomia posterior, se evacua el pus, se coloca un drenaje con gasa. Se hacen lavajes repetidos con una solución de bi-cloruro de mercurio al $^1/_2$ °/oo calientes.

Noviembre 30.—La temperatura ha descendido

á la normal, el pulso es más regular y menos frecuente, el estado general también es bueno.

Diciembre 15.—Con este tratamiento los dolores han desaparecido, la temperatura se mantiene en la normal y el pus ya no existe.

Sale de alta, completamente curada, el día 28 de Diciembre.

OBSERVACIÓN V

HOSPITAL RAWSON SERVICIO DEL DR. J. L. TESSI

Gefe de Clínica Dr. M. Reibel. Sala nº XIV.

Margarita C., 19 años, soltera. Oriental.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampion á los 10 años. Empezó á reglar á los 15 años, regularmente, abundantes, dolorosas y de cinco á seis días de duración.

Enfermedad actual.—Refiere la enferma que hace más ó menos un año empezó su enfermedad actual con dolores en ambas fosas iliacas que se irradiaban á los miembros inferiores y abundantes metrorragias. Como esto trastornos continuaran por unos días se puso en cama y se hizo ver por un médico, él cual le instituyó un tratamiento mejorandose algo.

Desde esa época á continuado con sus dolores en el bajo vientre y sin poder trabajar; hasta que hace dos meses y medio, encontrandose con la menstruacción (tercer día) en un día de lluvia se mojó, retirandosele la regla. Es desde entonces que se sintió con dolores en las espaldas, las caderas y un fuerte dolor en la fosa ilíaca izquierda; dice que perdió el conocimiento, que tuvo chuchos y un poco de fiebre.

El mismo día guardó cama y á pesar de permanecer en reposo, los dolores se continuaron con irradiación al miembro del mismo lado. En este estado ha permanecido en su casa durante una semana, sin tratamiento; resolviendo ingresar al servicio el día 2 de Abril del corriente año, ocupando la cama N.º 2.

Estado actual. — Enferma de buen esqueleto, regular musculatura y panículo adiposo; piel color moreno; conjuntivas un poco anemiadas. Se queja de dolores en la fosa ilíaca izquierda y del miembro del mismo lado, no hay metrorragias, se siente muy decaida. Pulso regular, un poco frecuente, con regular tensión. Temperatura normal. Constipada, con algo de tenesmo rectal.

A la inspección del abdomen no se nota nada de particular.

La palpación profunda del abdómen hace notar, un tumor duro, resistente, en la fosa ilíaca izquierda, de superficie irregular y doloroso á la presión.

El tacto vaginal nos acusa que el cuello del útero y su cuerpo están rechazados hacia el lado derecho, y que el fondo de saco lateral izquierdo y parte del posterior están ocupados por un tumor, duro, resistente y muy doloroso. Es imposible palpar los anexos.

Diagnóstico. — Hematocele extra-peritoneal.

Tratamiento. — Médico: lavajes vaginales de bicloruro mercurio al $^1/_2$ °/oo calientes, reposo, aplicaciones frías al vientre, laxantes y enemas calientes. Con este tratamiento se sigue por espacio de unos quince días; y en virtud de que la enferma continua con sus molestias, de los dolores, mal estar general, insomnio, falta de apetito, etc., interviene el Dr. J. L. Tessi el día 17 de Abril, practicando la Colpotomia posterior. Se extraen coágulos que son de un color negruzco, se vacía la cavidad lo mejor posible y se coloca un drenaje, Se hacen lavajes vaginales de solución de bicloruro de mercurio al $^1/_{4000}$ calientes diariamente.

Mayo 2.—La enferma se encuentra muy mejorada, los dolores han desaparecido y el tumor ya no existe.

Mayo 15. — Es dada de alta completamente curada.

Valerio Guallart.

Buenos Aires, Mayo 27 de 1904.

Nómbrase al académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, al Profesor titular Dr. Enrique Bazterrica y al Profesor suplente Dr. José F. Molinari, para que, constituídos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes» en vigencia.

E. Uballes.
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Junio 17 de 1904.

Señor Decano:

Transcribo á continuacion el acta labrada con motivo de esta tesis:

« En el local de la Facultad á 16 de Junio de
« 1904, reunida la Comision que suscribe, encarga-
« da de dictaminar respecto de la admisibilidad de
« la tesis del ex-alumno Valerio Guallart, que
« versa sobre «Hematoceles Pelvianos», resolvió
« admitirla».

Con lo que terminó el acto, firmado: J. de Tezanos Pinto.—E. Bazterrica.—José F. Molinari.—*C. Robertson*, Secretario.

Buenos Aires, Junio 17 de 1904.

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

E. Uballes
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento de elección en los hematoceles enquistados, es el médico.

II

En los hematoceles supurados, el mejor procedimiento operatorio es la *Colpotomía posterior*.

III

En el hematocele grave no supurado debe intervenirse por la vía abdominal.

BIBLIOGRAFIA

AUVARD A. . . . . *Trat. prat. de Gynécologie, Paris 1892.*

BARNES R. . . . . *Trait. cliniq. des mal. des femmes Paris, 1876.*

BERNUTZ G. . . . . *Conférences cliniq. sur les mal. des femmes. Paris 1888.*

GALLARD T. . . . . *Patologie des ovaries. Paris 1886.*

LABADIE - LAGRAVE - LEGUEN . . . . . *Traité méd. chirurg. de gynécologie. Paris 1901.*

LAWSON TAIT . . . . *Traite cltniq. des mal de femmes. Paris, 1891.*

LUTAUD A. . . . . *Manuel complet de gynecologie, etc. Paris, 1900.*

MARTIN A. . . . . *Traité de clinique des maladies des femmes. Paris, 1889.*

POZZI S. . . . . *Traité de gynecologie clinique et operatoire. Paris, 1893.*

TESSI J. L. . . . . *Clinica ginecológica del Hospital Rawson. Bs. As., 1897.*

MORSALINE P. A. . . *Hematoceles pelvianos y embarazos extópicos, Tesis, Bs. As. 1898.*

THÉVENARD P. . . . *Contribución al estudio del hematocele retro-uterino. Tesis. Paris, 1896.*

LE DENTÚ-DELBET . . *Traité de chirurg. Paris, 1896 á 1901.*

TILLAUX P. . . . . *Traité de chirurg. cliniq. Paris, 1900.*

Gynécologie (La) t. I, á VII, 1896 á 1903. Paris.

Revevue de Gynecologie et de chirurgie abdominale, 1903, Paris.

AGUINET M. . . . . *De l'inondation peritoneale dans la grossesse ectopique, tesis, Paris 1903.*

LLOBET A. F. . . . *Onze Années de Pratique Chirurgical.*