AÑO 1910. N.° 2150.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Supuración de los Fibromas Uterinos

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE MARTINEZ

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

SUPURACION

DE LOS

FIBROMAS UTERINOS

AÑO 1910. N.º 2150.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Supuración de los Fibromas Uterinos

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE MARTINEZ

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic.
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke

» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoologia Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomia Topográfica	» RobertoSolé
	» Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringologica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
	» Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo
	» Enrique Zárate
	» Arturo Enriquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Fagstino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	» Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini
	» Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clinica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clinica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
	» Uraldo Fernandez
Parto distócico y Clinica Obstétrica . .	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparebordа

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

Doctor ANTONIO NORES

Profesor suplente (en ejercicio) de Medicina Operatoria
de la Facultad de Córdoba

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS

A MIS PADRES

VENERACIÓN

A MIS HERMANOS

CARIÑO

AL DOCTOR ELISEO CANTÓN

DÉCANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

PROFESOR TITULAR

DE CLÍNICA OBSTÉTRICA

A los Doctores:

FAUSTINO J. TRONGÉ

Y

ALBERTO PERALTA RAMOS

PROFESORES SUPLENTES DE CLÍNICA OBSTÉTRICA

Á LOS DOCTORES :

ENRIQUE A. BOERO

Y

JOSE L. NORES

Señores Académicos :

Señores Profesores :

Al cumplir con la última disposición reglamentaria para recibir el título de Doctor en Cirujía y Medicina, sea mi primera palabra de gratitud para mis maestros, que con sus sabias lecciones y sanos consejos, han inculcado en mi alma sus conocimientos adquiridos en muchos años de lucha al lado de la cabecera del enfermo, robándole á la parca muchos seres que la mano implacable del destino tenía postrados en el lecho del dolor, luchando entre la vida y la muerte.

He elegido para tema de mi tesis el de Superación de los Fibromas Uterinos, que aunque poco frecuente, es muy interesante su estudio, máxime cuando son muy pocos los Médicos que se han ocupado de ellos, y así vemos que la literatura médica posee muy pocas biografías a' respecto.

El hecho de haber seguido tres enfermas operadas por el Dr. Antonio Nores, que me honra en este acto como padrino, me sugirió la idea de hacer su estudio en la convicción de que mi trabajo podría ser de alguna utilidad.

Debo agradecer la gentileza de los Dres. Bazterrica y Bello, que me han prestado su valioso concurso dándome muchos datos sumamente interesantes y algunas historias que acompaño á mi trabajo.

HISTORIA

Muy pocos son los médicos que se han ocupado del estudio de los Fibromas supurados, y si lo han hecho ha sido de una manera superficial, y á veces confundiendo la supuración con la gangrena y el esfacelo.

En 1665, Shewk hace una publicación, diciendo que había observado piedras nacidas en el útero, pero después se comprobó que esas piedras fueron viejos fibromas supurados, cuya masa central se había calsificado.

Ya en 1749 empieza á admitirse la posibilidad de que los fibromas pueden esfacelarse y grangrenarse, y sosteniendo esta tesis Levret publica una obra.

Pero puede afirmarse que en 1828 y 1834, se observaron recién los primeros casos de fibromas supurados, los que fueron publicados por Pinaut y Viardin.

En 1833 Duplay publica una tesis sobre el reblandecimiento grangrenoso de los fibromas y hace mención también de la supuración.

Dos años más tarde Malgaine en 1835 publica una tesis sobre el esfacelo de los fibromas.

En 1858 en el *Tratado Práctico* de los órganos sexuales de la mujer, Scanzoni dice : «Existen observaciones de la formación en los fibromas de una una cavidad más ó menos grande llena de un líquido serosanguíneo y putrido que por la fluctuación vuelve muy difícil durante la vida el diagnóstico del cuerpo fibroso.

Desde 1859 á 1865, se publican algunas memorias sobre la supuración de los miomas hechos por Ziennessen Braxton Hicks y Sangier.

En la traducción francesa de Aronssorm (III, p. 351), en que habla de la patología de los tumores de Virchou, el autor describe la supuración de los fibromas y acusa la inflamación de la cápsula ó de las adherencias peritoneales capaces de causar la degenaración del tumor.

Recién en el año 1875, Sevesto en su tesis se ocupa del estudio de los fibromas supurados complicando al embarazo.

En 1896 en los anales de Ginecología de Junio de Hartman y René Mignot, en una nota sobre la supuración gangrenosa de losfibromas independientes de

la cavidad uterina, hace un estudio profundo de uno de estos tumores.

La tesis de Lasnier sobre el esfacelo y la purulencia de los fibromas es un trabajo bastante completo que fué publicado en Bordeaux en 1897.

Guery Arthurd en 1901 presenta en la Facultad de París, una tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirujía y trata en ella de la supuración de los fibromas en general, separándola netamente del esfacelo y la gangrena y extendiéndose sobre en el capítulo que trata del embarazo complicado con fibromas supurados.

En el mismo año 1901, Richelot, Lepage y Pinard, presentan un trabajo á la sociedad de O. C. P., sobre el mismo tema.

Delbet en 1902 publica en el Boletín de la Sociedad de Cirujía un trabajo sobre tratamiento de los fibromas complicados.

S. Maix en 1905, en el Journal Of Obstetries, da las reglas también de las intervenciones en los embarazos complicados de fibromas.

En 1906 Manclaire refiere en las Comptes Vendus de la Sociedad O. G. P., una observación de fibroma supurado á consecuencia de un aborto.

Llegamos por fin á Georges Berjere que en 1907 presenta á la Facultad de Medicina de París una tesis para optar el grado de Doctor en Medicina y

Cirujía, en que trata la supuración de los fibromas en el curso de la puerperalidad, presentando las historias de numerosos casos observados por muchos Cirujanos y Ginecólogos, desde mucho tiempo atrás hasta esa época.

Entre nosotros muchos son los médicos que han tenido casos de fibromas supurados, entre ellos los Dres. Bazterrica, Caballero, Bello, Lagarde, Nores, y otros, pero ninguno ha profundizado su estudio y según tengo entendido, ni publicados sus casos.

ETIOLOGÍA Y PATOGENÍA

No bien estudiada la etiología y patogenia de la supuración de los fibromas, podemos sin embargo, afirmar que son numerosas sus causas y que no sólo obedecen á infecciones exógenas, sino también á endogenas y que como causa coayuvante tenemos á los traumatismos susceptibles de favorecer la infección.

Algunos autores afirman que el puerperio es una de las causas más comunes de supuración de los fibromas, pero yo, por mi parte, sostengo que no es el puerperio en sí el que produce la supuración, sino que ella es debida á las infecciones llevadas allí por las manos poco acépticas de la persona que ha atendido á la enferma en su parto y puerperio y que encontrando á los tejidos en un estado especial de receptividad, debido á la evolución que han seguido en el parto y embarazo, se produce con rapidez la infección.

Además, muchas veces, sobre todo en nuestra campaña, donde á causa de la falta de Médicos y Parteras, hacen de comadronas campecinas ignorantes que no tienen nociones de lo que es la asepsia, atienden los partos con la mayor falta de higiene que es dable imaginar.

Prueban mi aserto las estadísticas de las Maternidades en que no supuran los fibromas de las pocas puerperas que van con ellos á las Salas.

Las infecciones endógenas son capaces de producir la supuración del fibroma y en efecto la enferma de la historia N° 2, debió la supuración de su fibroma á una fiebre tifoidea que durante más de dos meses la tuvo en cama. Además esta enferma nunca tuvo hijos ni abortos y la sola leucorrea creo que no fué suficiente para produucirla y si sabemos que la tifoidea es suceptible de producir supuraciones á distancia, porque negarle en este caso que se muestra tan evidente, su actuación principal ?

Así como la tifoidea, otras infecciones generales son suceptibles de producir la supuración.

Los traumatismos son capaces de favorecer la supuración de los fibromas despertando la virulencia de los microorganismos que se encuentra en la vagina y en la sangre. La tercera historia que adjunto á mi trabajo, en la que la enferma después de 25 días de un parto y un puerperio normal sufre

una contución violenta en el vientre y á partir desde ese momento siente todos sus achaques hasta que es operada, extirpándosele un fibroma supurado, es una prueba de la influencia de los traumatismos en la supuración de los fibromas.

La riqueza en vasos sanguíneos en los fibromas contribuyen á que las infecciones se localicen con predilección en ellos.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Antes de estudiar á la anatomía patológica de los fibromas supurados, hagamos una breve reseña de la histología de los fibromiomas.

Los fibromiomas del útero son tumores esencialmente compuestos de fibras musculares lisas á las cuales se les agrega tejido conjuntivo que le sirve de sostén.

Estas fibras musculares son muy semejantes á las del útero normal, lo que demuestra las relaciones íntimas que existen entre el tumor y el órgano.

Agrupadas en manojos diversamente entrecruzados, estas fibras musculares están reunidas como las fibras musculares lisas ordinarias por una sustancia fundamental ; y los diferentes manojos están separados los unos de los otros por fibras conjuntivas.

El tumor principal (nosotros decimos principal porque al lado de un fibroma existen casi siempre

otros más pequeños), es amenudo compuesto de muchos lóbulos, cada uno de los cuales afecta la forma de una esfera.

Si se corta uno de sus lóbulos siguiendo su gran diámetro, parece que el tumor crece del centro á la periferia, sobreponiéndose partes nuevas á los ya existentes.

Generalmente el fibroma está envuelto por una cápsula de espesor variable, bastante resistente, compuesta en su mayor parte de tejidos conjuntivos.

Esta cápsula á veces adhiere fuertemente al tumor subyacente del cual es muy difícil separarlo, y otras veces las adherencias son laxas y hacen fácil al menos parcialmente, la enucleación del tumor.

En estos casos encontramos separada la cápsula del tumor por una cavidad virtual, compuesta en su mayor parte de tejido conjuntivo muy laxo, poco vascularizado y que sería un lugar de elección para la supuración del fibroma.

En los miomas subperitoneales alrededor de la cápsula se encuentra la serosa que recubre el tumor y que tiene con él adherencias más ó menos sólidas.

En los miomas submucosos el tumor es directamente recubierto por la mucosa uterina y se comprende fácilmente que en estoscasos toda infección de la mucosa se trasmita fácilmente al tumor.

El tumor es irrigado por vasos sanguíneos, arte-

rias y venas, pero estos vasos son tallados en el tejido del tumor ycarecen de pared propia.

Son vasos lagunarios tapisados de una capa endotelial, sin embargo, los de grueso calibre están rodeados de una capa de tejido fibroso denso.

Estos vasos se obstruyen fácilmente á causa de la irregularidad de sus paredes, cuyo epitelio algunas veces prolifera con facilidad.

Por otra parte, estos vasos desprovistos de túnica elástica, no pueden llevar al tumor una abundante irrigación.

En los fibromas pediculados la irrigación se hace generalmente por una arteria única de grueso calibre.

De los vasos principales se desprenden vasos secundarios queforman en el interior de la cápsula una red anastomosada entre sí por otros vasos más pequeños.

De la red principal que puede llamarse capsular, se forman redes secundarias que irrigan los diferentes lóbulos del tumor, circulando por los tabiques conjuntivos del mismo.

El centro del tumor y de cada lóbulo de él, es menos irrigado que la periferia, lo que tiene suma importancia porque siendo el fibroma lobulado, y teniendo cada lóbulo irrigación propia y sobre todo irrigación periférica, tendremos que podemos tener

lóbulos con lesiones avanzadas de degeneración y supuración y al lado de estos lóbulos, otros compuestos de tejido fibromatoso sin ninguna alteración.

La red venosa que en estos tumores es amenudo muy importante tienen la misma topografía que la arterial, es decir, que es más periférica que central.

El embarazo sólo congestiona al tejido fibromatoso y lo reblandece, pero no modifica en nada su estructura.

Pasemos ahora al estudio anátomo patológico de los fibromas supurados.

Podemos considerar dos casosque la supuración empiece en el interior de un lóbulo ó que principie en la periferia, en el tejido celular laxo que separa la cápsula del tumor.

Por el estudio histológico que hemos hecho anteriormente, sabemos la disposición de los vasos sanguíneos en el tumor, ahora bien, cuando por una causa cualquiera se obstruyen los vasos, la primera parte del tumor que se necrosa es el centro de cada lóbulo.

Cuando á estas partes en vías de necrosis llegan por los linfáticos algunos microorganismos, su presencia se revela por la supuración y entonces todos los tejidos desprovistos de irrigación sanguínea se transforman en pus que se colecciona en las cavidades que dejan los tejidos que se necrosan y á los

cuales rodea un tejido fibromatoso más ó menos sano.

Según el Profesor Cornil en la periferia de esta zona mortificada, entre ella y el tejido hipertrofiado se encuentra una zona en la cual existe un gran número de glóbulos blancos migradores con dejeneración grasosa.

Existe un proceso inflamatorio con diapedecis y fagositosis muy marcada en el límite de la parte viva con la mortificada.

También se constata en esta zona intermediaria del lado de los núcleos hipertrofiados y vivientes capas de células linfáticas redondeadas y no granulosas y de parte del tejido mortificado glóbulos blancos granulo-grasosos rodeando las fibras muscu-lares, peco mortificadas y que ya no se coloran por el carmín y la hematoxilina.

En otros casos no está tan circunscrita, porque los tejidos primeramente degenerados forman en el interior del tumor geodes de dimensiones diferentes y separadas las unas de las otras por bandos de tejido más resistentes, debido tal vez á que han tenido más irrigación.

El pus no está coleccionado en una cavidad única, sino que se encuentra en esas goedes, que siendo más ó menos anfractuosas, comunican entre sí por pequeños orificios hechos en los tabiques de

tejido fibromatoso que queda más ó menos sano y que las separan entre sí.

En el segundo caso, cuando la supuración empieza por la cápsula, el proceso es diferente.

No es ya en tejido necrosado ó mortificado donde se desarrolla la supuración, sino en el tejido celular más ó menos laxo, que forma en ciertos casos una especie de cavidad virtual entre la cápsula y el tumor.

La supuración sucede entonces á una inflamación de los linfáticos que acompañan á los vasos sanguíneos subcapsulares.

Los linfáticos son infectados por los microrganismos que pupulan en los tejidos vecinos del tumor, especialmente en la mucosa uterina ó en las trompas.

Como la cápsula está compuesta de tejido fibroso resistente, no se deja atacar fácilmente por la supuración ; por otra parte, estando la periferia del tumor muy irrigada y compuesta de tejidos vigorosos que resisten bien á los microorganismos y es natural entonces que éstos ataquen al tejido celular laxo que separa el mioma de la cápsula y que forme alrededor del tumor una capa de pus, en la que sobrenada el nódulo fibroso.

Es así como se forman esos fibromas quísticos purulentos, de los que ya hablaba Shewk en 1665, y en el centro de los cuales se encontraban núcleos más ó menos cretáceos.

SINTOMAS

Además de los síntomas propios de los fibromas uterinos que son menoragias y metrorragias, dolores fenómenos de compresión, alargamiento de la cavidad uterina y tumor duro redondeado íntimamente ligados á la matriz, tenemos otros síntomas que si bien es cierto no son patognomonico de los fibromas supurados, pues los podemos encontrar también en otras afecciones, tales como los Salpingovaritis y las peritonitis, es bueno tenerlos en cuenta porque son muy frecuentes.

En primer lugar, el dolor toma otros caracteres, y en efecto, de casi indoloros que son los tumores fibromatosos, cuando supuran se tornan muy dolorosos, imposibilitando muchas veces el examen de la enferma, y obligando á hacer uso de la anestesia clorofórmica para poder palpar y examinar detenidamente el tumor.

Además de la intensidad del dolor varía la localización, y así se vuelve general en todo el vientre y se irradia á los lomos y caderas, mientras que en los fibromas no supurados es en el punto donde comprime algún nervio que existe el dolor.

Otro síntoma muy frecuente en los fibromas supurados, es la temperatura que oscila entre 37° 6 y 39°6, empezando algunas veces con escalofrío, castañeteo de dientes, etc.; sin embargo, se han visto algunos casos apiréticos.

Además de estos dos síntomas que podríamos llamar principales de los fibromas supurados, hay otros que, como los vómitos, la constipación ó la diarrea y el adelgazamiento y palidez de la enferma pueden existir ó no.

La leucorrea purulenta que se ha notado en algunos casos y que es debida á la abertura del fibroma supurado en la matriz, no debe considerarse como un síntoma.

DIAGNÓSTICO

Nada más difícil que el diagnóstico de los Fibromas supurados, no sólo porque sus síntomas son comunesá un gran número de enfermedades y porque no tienen ningún síntoma patognomonico, sino que á causa de su poca frecuencia los médicos casi nunca piensan en ellos, y es por eso que muchas veces su diagnóstico sólo se hace en la mesa de operaciones, cuando se interviene á la enferma.

Sin embargo, sin dejar de reconocer la dificultad que ha ypara diagnosticar un tumor de vientre en general y mucho más los fibromas supurados, creo que hay para diagnosticar un tumor de vientre en el médico toma prolijamente los antecedentes de la enferma y analiza detenidamente los síntomas.

Sin pretender trazar un cuadro de diagnóstico diferencial, voy á tratar aquí de las enfermedades con las cuales pueden confundirse los fibromas supura-

dos y haré resaltar los síntomas que nos pueden servir para hacer un diagnóstico diferencial.

Entre las afecciones con que pueden confundirse tenemos los quistes supurados del ovario, pero si analizamos en detalle los síntomas de cada afección tendremos : 1° que en los Fibromas supurados los antecedentes nos dan metrorragias y menorragias, mientras en los quistes hay generalmente amenorrea ; 2° en los fibromas supurados la histerometría nos da alargamiento de la cavidad uterina, y así de siete á ocho centímetros, que es lo común en las multíparas, llega á 12 y más en los úteros fibromatosos, mientras que en los quistes del ovario la longitud de la cavidad permanece igual ó se altera muy poco ; 3° la conexión del tumor con la matriz es diferente en muchos casos, pero éste es un dato de difícil apreciación ; sin embargo, tenemos que en los fibromas es mucho más íntima la unión ; siendo los quistes generalmente pediculados hay más separación entre la matriz y el tumor ; 4° la consistencia del tumor es también diferente en uno y otro caso, siendo más renitente y fluctuante en los quistes, más dura y elástica en los fibromas supurados.

Para poder apreciar este dato hay que someter á la enferma á la anestesia clorofórmica á causa del dolor que se provoca.

La temperatura, el dolor, los vómitos, etc., son síntomas que no tienen diferencia en una ú otra afección.

Otra afección con la cual puede confundirse á los fibromas supurados son los piosalpinx; sin embargo, tenemos que la forma piriforme del tumor situado casi siempre á un lado es diferente á la forma y situación del fibroma.

La consistencia también es diferente, siendo más renitente y menos dura en el piosalpinx.

El alargamiento de la cavidad uterina en los fibromas también puede servir de diagnóstico diferencial.

Sin embargo, lo que más nos puede indicar á un diagnóstico son los antecedentes de la enferma, que son completamente diferentes, y así en uno la afección es más antigüa y los trastornos menstruales sumamente manifiestos, mientras que en los piosalpinx no hay ni menorragias ni metrorragias, predominando siempre el dolor.

Pero hay casos como cuando se trata de un fibroma acompañado de piosalpinx, en que es muy difícil el diagnóstico y solamente la laparotomía nos puede sacar del error.

Hay casos en que los síntomas reveladores de la supuración de los fibromas empiezan de golpe y con un cuadro semejante al de la apendicitis, sobre

todo cuando el apéndice está situado en la fosa ilíaca, y tenemos que hacer diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones.

Como el principio ha sido brusco y las dos pueden empezar con vómitos, dolor, fiebre, etc., es el examen de los órganos genitales los que nos van á dar los síntomas diferenciales, y por eso aconsejo que en toda enferma que tenga antecedentes de afecciones genitales se haga siempre un tacto, porque á veces puede confundirse una apendicitis con un fibroma supurado ó con un piosalpinx ó con una pelvi-peritonitis.

Volviendo al diagnóstico diferencial entre la apendicitis y el fibroma supurado, que es lo que nos interesa, tendremos que los antecedentes nos pueden dar mucha luz para hacer un diagnóstico, pues aunque la enferma no haya notado ningún tumor antes del ataque, sin embargo sus menstruaciones tienen que haber tenido algo que la haya llamado la atención, ya sea por su duración ó porque le aparecen en fechas diferentes, pues las menorragias y las metrorragias es un síntoma que nunca falta.

Otro síntoma es el que nos suministra la histerometría, pues en los casos de apendicitis no sufre ninguna modificación la cavidad uterina, mientras que sabemos que en los fibromas se agranda.

El tacto nos demuestra que si se trata de una

apendicitis con abceso peri-apendicular ó apendicular que se encuentra en la fosa iliaca, á pesar que abomba y forma eminencia en la cavidad vaginal, sin embargo se nota que es completamente independiente de la matriz, cosa que no sucedería en caso de tratarse de un fibroma supurado.

Este es el síntoma que nos quita todas las dudas.

Otro diagnóstico que á veces se nos puede presentar es el de diferencias un fibroma supurado de una peritonitis localizada ú enquistada ; los síntomas que nos sirven en este caso son los antecedentes genitales de la enferma, el tamaño de la cavidad uterina obtenido por la histerometría, los caracteres del tumor y la relación que existe entre éste y la matriz, sin embargo, debo advertir que hay muchos casos en que encontrándose las dos afecciones reunidas, es imposible hacer un diagnóstico diferencial y que éste sólo se consigue recurriendo á la laparatomía, que debe ser no sólo exploradora sino curativa en caso de un fibroma supurado, pues debe hacerse teniendo todo el instrumental necesario para hacer cualquier intervención que se requiera, según el caso.

Pero el diagnóstico más interesante que se puede ver obligado á hacer el médico, es el de un fibroma supurado complicando á un embarazo,

no sólo por lo difícil que es, sino por el tratamiento especial que hay que instituir.

El diagnóstico se hace por los antecedentes de la enferma, que son distintos en los dos casos, por el volumen del vientre, que no es tan grande como para sospechar un embarazo gemelar.

Además, por el tacto vaginal se comprueba que existe un tumor íntimamente ligado á la matriz, duro, redondeado, que no da la sensación ósea que da la cabeza del feto, sino que es una dureza elástica.

Los síntomas generales, en este caso, ayudan á formular un diagnóstico, pues, si analizamos la causa de la fiebre y del dolor, veremos que obedecen á una infección, y si, por otra parte, sentimos el tumor y comprobamos que no es un polo fetal, el diagnóstico puede hacerse.

Además, nunca encontraremos dos focos de auscultación, como suele encontrarse en el embarazo gemelar.

La expectativa y la observación de la enferma durante un tiempo, si es que su estado general lo permite, nos quitará las dudas.

Las degeneraciones malignas de los fibromas se diferencian de la supuración, por la rapidez con que evolucionan, terminando pronto con la vida de las

enfermas, además de otros síntomas que, como la leucorrea fétida, son propios de los tumores malignos.

PRONÓSTICO

El pronóstico de los fibromas supurados, siempre es grave, por el peligro de las complicaciones á que está expuesto, no sólo en el transcurso de su evolución, sino también durante la convalecencia, después de la intervención, y al mismo tiempo, porque se trata de una colección purulenta que mantiene una infección general, susceptible en cualquier momento de hacerse una septisemia y terminar con la vida de la paciente.

El estado general de la enferma, la temperatura más ó menos elevada, las hemorragias y la intervención precoz, son factores importantes que hay que tener en cuenta para el pronóstico.

Y así es muy distinto el pronóstico que tenemos que hacer delante de una caquéctica, con altas tem-
-peraturas, grandes hemorragias y otra que aun con-

serva su buen estado general, sus hemorragias son poco abundantes y su temperatura no es elevada.

Respecto al pronóstico postoperatorio, hay que hacerlo según el estado de la enferma, antes de intervenir, y según las dificultades que ha habido que salvar en la intervención, pues aun con dos enfermas en las mismas condiciones, si en una de ellas, el schoc operatorio, debido á adherencias y otras causas ha sido mayor, el pronóstico se vuelve más sombrío.

COMPLICACIONES

La supuración de los fibromas es grave, no solamente por el estado de infección en que se encuentran las enfermas, y que es un peligro constante para su existencia, sino también por las complicaciones á que están sujetas.

En primer lugar, tenemos las peritonitis que pueden ser generalizadas y localizadas, siendo la primera mortal en el mayor número de los casos.

La abertura de la colección purulenta del fibroma en el recto ó en la vejiga, y que sin ser una complicación mortal en muchos casos, es asaz desagradable para la enferma y el médico que la trata, también se ha observado.

Otra complicación y de la cual he visto un caso, es la abertura del foco purulento en el útero; ésta es la que tiene mejor pronóstico y puede en algunos casos ser causa de mejoría de la enferma.

El único medio de prevenir las complicaciones, es el tratamiento quirúrgico precoz del que hablaremos en el capítulo correspondiente.

No hablo aquí de las otras afecciones supuradas ó no, de los anexos que pueden encontrarse simultáneamente con los fibromas supurados, pues en ese caso no se trata de una complicación, sino de dos afecciones distintas, que pueden obedecer á una misma etiología.

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticado el fibroma supurado ¿qué conducta debemos seguir ?

Si las condiciones de la enferma son buenas, el tratamiento quirúrgico es el que se impone, pues, es el único que evita las complicaciones y cura radicalmente.

La extirpación del tumor, seguido de histerectomía subtotal, según el grado de adherencia de éste con la matriz, es el tratamiento ideal.

Sin embargo, hay casos en que se puede hacer simplemente la enucleación del tumor, siendo esto preferible á la histerectomía subtotal, porque se evita un traumatismo á la enferma que puede serle de serias consecuencias, dado su estado general.

No voy á describir la técnica operatoria ; porque en ningún caso se puede seguir un procedimiento único, pues las múltiples adherencias que ligan el

tumor y la matriz á los órganos vecinos, suelen ser íntimas que sería exponer á la enferma á un schock si quisiéramos seguir un solo procedimiento. Por eso aconsejo atacar el tumor, ya sea su descortica-ción en los casos en que sea factible ó haciendo la histerectomía subtotal por cualquiera de los proce-mientos conocidos, ó por una combinación de varios, cuando no se pueda emplear uno solo.

Los cuidados post-operatorios son los mismos que los que se emplean en cualquiera de los casos de histerectomía, en los que se deja drenaje.

Pero, no siempre encontramos á la enferma en las condiciones ideales para ser intervenida, y, en-tonces, ¿qué debemos hacer ?

En primer lugar, levantar el estado general de la paciente, que lo conseguiremos con una alimentación á base de leche y huevos, ya sea por vía bucal, ó por la rectal.

Las inyecciones de suero fisiológico que haremos dos veces por día, quinientos gramos por vez, son eficaces coadyuvantes que ponen cuando el caso no es desesperante, en tan sólo ocho días á la paciente en condiciones de ser operada.

Las inyecciones intramusculares de electro argol en la dosis de 15,3 c. prestan grandes servicios para combatir la infección general.

El dolor, si es muy intenso, podemos combatirlo con inyecciones de morfina y deonina.

En algunos casos, cuando hay fenómenos de peritonitis generalizada, la bolsa de hielo en el vientre tiene su especial indicación.

Demás está decir que antes de someter la enferma á la intervención, tenemos que regular su vientre y hacer un prolijo toilette abdominal y vaginal.

Como la afección que nos ocupa requiere un tratamiento esencialmente quirúrgico, cuando éste no es posible, la misión del médico se limita á combatir los síntomas que presenta la enferma por los medios usuales, para hacerle más llevaderos los últimos días de su existencia.

Antes de poner punto final á este capítulo, diré dos palabras sobre el tratamiento de los fibromas complicados al embarazo.

Una vez hecho el diagnóstico, hay que averiguar si el feto es viable ó no.

Si se trata de un feto viable, la cesárea abdominal seguida de histerectomía subtotal ó de la descortication del tumor, si ésta es factible, es el tratamiento de elección.

Si se trata de un feto no viable y el estado de la enferma es grave, debe operarse inmediatamente para salvar la vida de la madre, ya que la del feto es imposible.

Felizmente, para el médico estos casos de supuración de fibromas, son excepcionales, porque generalmente los fibromas supuran debido á infecciones consecutivas á los partos y puerperios.

SANATORIO:

De los Doctores: Antonio y José Nores - (Cordoba)

HISTORIA CLINICA II.

Amelia de Varela, domiciliada en Río IV (provincia de Córdoba), de 34 años de edad, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios. — Inmejorables.

*Antecedentes personales*I — Niñez y juventud muy buenas.

Regló á los 12 años, con dolores el primer día, poco abundantes y siempre á tiempo fijo.

Se casó á los 30 años y no ha tenido ningún embarazo.

La leucorrea que existía desde su infancia, se hizo

más abundante después de su casamiento, sin ser esto imputable á contagio del esposo.

Al mismo tiempo, sus reglas se desordenaron, se hicieron largas y más frecuentes.

Estos desórdenes han ido acentuándose hasta la fecha, en que la hemorragia es continua desde hace tres meses,salvo ligerísimos intervalos.

El vientre empezó á abultarse seis meses después de su casamiento.

No sentía ningún dolor.

En el mes de febrero de 1906, tuvo una fiebre larga de treinta y cinco días, calificada de tifoidea por el médico que la atendió. En su convalecencia que fué difícil y muy lenta, sintió por primera vez que su vientre le dolía al moverse y al presionarle, lo que le obligó á llevar una faja abdominal.

A pesar de una mejoría manifiesta, sin embargo, no llegó á una curación completa, sintiendo siempre el dolor de vientre, dolor al orinar y al expeler gases.

No recuerda á cuánto ascendía su fiebre, pero cada vez que se le puso el termómetro dice tenía temperatura.

En junio del mismo año (1906), según ella, cayó gravemente enferma, debido á desórdenes en la alimentación.

El vientre se le abultó y se hizo muy doloroso.

El más ligero roce le determinaba gritos. Aumentó la fiebre, hubo algunos vómitos y diarrea.

Viendo que su estado empeoraba, fué traída á ésta por indicación médica, y confiada á nosotros.

Estado actual. — Muy bien conformada, sin estigmas de raquitismo, con un tumor doloroso, febril, no limitable, de la mitad inferior del vientre. Sin ninguna particularidad en el resto de sus órganos.

El tacto vaginal da un cuello estrecho y largo en anteversión, con los fondos de saco sensibles, tensos especialmente el Douglas. Histerometría de 9 y 1/2, metrorragia, temperatura que no bajaba de 38° y que llegó los días de observación hasta 39°.8.

Se hizo dignóstico de peritonitis supurada acompañada de fibroma, y se decide operarla, lo que se hace el 4 de junio bajo anestesia clorofórmica.

La abertura del vientre muestra un tumor pélvico, adherido al epiplon y colon, con adherencias fáciles de desprender, formado por el útero, cuyos anexos están libres, el que está lleno de nódulos fibromatosos en su superficie, y con un gran núcleo que llena el Douglas y rechaza el útero contra el pubis. El peritoneo es asiento de una inflamación.

No siendo fácil la movilización del tumor, se le ataca por la parte superior, separándolo de la vejiga y ligando las uterinas, se secciona el cuello por en-

cima del itsmo, luego los ligamentos anchos y haciéndolo vascular, se exterioriza en gran parte.

El nódulo del fondo posterior en las maniobras de decolación, se rompe y da salida á una contidad de pus que puede avaluarse en 50 gramos.

Una vez vaciado, es más fácildesprenderlo del recto, al cual lo unen grandes adherencias.

No se cierra el vientre, sino que se deja un doble drenaje. Tubo de goma en el Douglas y Mikulies por arriba.

La convalecencia relativamente rápida. Se le da de alta á los 32 días de la operación.

El tumor posterior supurado es una fibroma, en íntima unión con la pared posterior del útero del tamaño de una naranja, cuya porción inferior vecina del recto ha sido asiento de la inflamación, conservándose el resto con los caracteres del fibroma.

Los demás núcleos no están supurados.

SANATORIO

De los Doctores Antonio y José Nores (Córdoba)

HISTORIA CLINICA III..

Juana Figueroa, 31 años, casada, argentina, domiciliada en Villa del Rosario.

Antecedentes hereditarios. — El padre vive aún; es sano pero alcoholista. La madre falleció al darla á luz. Se cree que de hemorragia.

Tiene dos hermanas mujeres que son sanas.

Antecedentes personales. — Niñez muy delicada á causa de mala alimentación. Tuvo viruela á los 6 años y fiebre tifoidea á los 14.

Regló por primera vez casi á los 15 años. Se casó á los 20, teniendo su primer niño antes del año.

La menstruación fué siempre perfecta, hasta des-

pués de su cuarto hijo, en que se volvió abundante é irregular. A pesar de esto tuvo dos partos más, felices como los otros.

Es á partir de este quinto parto, que data su enfermedad actual.

Veinticinco días después de dar á luz, recibió una fuerte contusión en el abdomen, mientras ordeñaba una vaca. El ternero de la misma la golpeó con la cabeza en el vientre, tirándola al suelo. Recogida por los suyos quedó imposibilitada para moverse por quince días. Durante este tiempo tuvo intenso dolor en el vientre, fiebre, hinchazón y equímosis en la pared.

Al levantarse, observó que al nivel izquierdo del bajo vientre se notaba una dureza muy sensible, que la obligaba á mantenerse encogida.

Tenía fiebre, poco apetito, y tenesmo vesical; á pesar de esto, anduvo en pie durante 15 días.

Su regla, que apareció al día siguiente del accidente, no se ha interrumpido hasta la fecha, aunque es poco abundante.

Estado actual. — Marzo 29 de 1908. Enferma en buen estado general. Sólo se observa el vientre abultado y doloroso; los demás órganos perfectamente normales.

La palpación del vientre difícil por el dolor, exige

una ligera anestesia clorofórmica. Se toca al tacto vaginal á través del fondo del saco derecho, un tumor duro adherido al útero que ocupa por abajo el fondo de saco respectivo, se acuesta sobre la fosa iliaca y remonta hasta el ombligo. La histerometría da 12 centímetros.

La enferma tiene fiebre y ligeros escalifríos. Durante nuestra observación, osciló la fiebre entre la normal y 38° 7.

Orina turbia y escasa. Hay cistitis.

La pared abdominal no desliza sobre el tumor al cual parece adherir.

En virtud de la dimensión de la cavidad uterina y de las menorragias, se piensa en *fibroma* con peritonitis supurada enquistada.

La laparatomía hecha el 10 de abril con anestesia clorofórmica, descubre que el tumor está únicamente unido á la pared abdominal por ligeras adherencias y que es posible aislarlo por todos sus contornos, menos en el costado izquierdo, en donde hace cuerpo con el útero, también que la peritonitis es simplemente adhesiva, siendo el tumor francamente uterino y fibromatoso.

La histerectomía se hace total, atacando el órgano por el borde izquierdo.

Previo un drenaje vaginal y peritonización alta, se cierra la herida abdominal.

Intrigados por los antecedentes y la consistencia del tumor principal, hicimos su incisión.

Después de haber cortado un espesor de tejido, como de centímetro y medio, se encontró una cavidad llena de pus sin olor, amarillo, y en el que nadaba un núcleo de fibroma como una nuez.

La cantidad de pus podía avaluarse en 200 gramos. La cavidad era única.

Los otros núcleos fibromatosos eran sólidos.

La convalecencia de la enferma fué perfecta y curó radicalmente.

Los caracteres físicos del líquido eran todos de pus ; confirmando esta creencia, los signos subjetivos y objetivos arriba anotados.

No se hizo examen microscópico, ni cultivos.

SANATORIO

De los Doctores Antonio y José Nores (Córdoba)

HISTORIA CLINICA I.

Virginia Quinteros de Martínez, 38 años, casada, argentina.

Antecedentes personales. — Inmejorables hasta el comienzo de su erfermedad actual.

Regló á los 12 años en perfectas condiciones siempre. — Se casó de 24 años.

Ha tenido 2 hijos, el primero que nació muerto hacen 4 años y el segundo en Noviembre del año pasado (1907).

Su primer niño se murió al nacer, habiendo ella sentido sus movimientos activos hasta 2 horas antes.

El parto fué largo y espontáneo presentación cefálica.

Careciendo de toda ayuda médica, por encontrarse en un lugar muy apartado de la campaña, fué atendida por una curandera que diagnosticó embarazo gemelar, por existir una dureza que parecía cabeza y para ayudarla hizo maniobras brutales.

En los días consecutivos tuvo mucha fiebre y fenómenos dolorosos é inflamatorios del bajo vientre.

Antes del *amasamiento* á que fué sometida, expulsó la placenta.

Sus loquios fueron de mal olor abundantes, y duraron muchos días.

Al levantarse de la cama, que fué como un mes después, notó que la dureza que se había tomado por cabeza del otro niño, existía siempre en el lado izquierdo.

Después de segundo parto (1907), que también fué largo como el anterior, naciendo muerto el niño, tuvo síntomas de peritonitis ; gran timpanismo, fiebre, dolores, constipación y vómitos

Después de mucho tiempo y cuando su estado era muy grave levino una abundante pérdida de humor por sus órganos genitales que fué seguida de mejoría.

Es convalecienta de este estado que vino á consultarnos.

Estado actual. — Mujer delgada, color terroso, demacrada se halla en gran postración, pudiendo apenas sentarse en la cama para el examen del tórax.

Llama la atención el abultamiento y sensibilidad de su vientre.

Corazón y pulmones buenos. Riñones, hígado y bazo normales.

Se palpa en el vientre un tumor doloroso que ocupa especialmente el lado izquierdo poco limitable, no movible, que por la palpación combinada, no se puede limitar tampoco. El tumor es de consistencia blanda y remitente.

La leucorrea es abundante, purulenta, sin olor.

Se hace el diagnóstico de quiste supurado del ovario, abierto en el útiro con peritonitis adhesiva.

Operación ocho dias después, 1º de Junio de 1908. Anestesia clorofórmica.

Laparotomia mediana. — El tumor está en relación inmediata con el útero, estando los anexos libres : se ha desarrollado á expensas de su borde izquierdo y se adhiere íntimamente á la pared pélvica.

Hay muchos fibromas chicos subperitoneales asentando en un útero grande.

Se hace una histerectomia subtotal atacando el órgano por su borde derecho ; después de la sección

del ligamento de este lado y del útero, se exterioriza este junto con una parte del tumor, observándose que la presión de éste determina la salida de pus por la sección uterina y la disminución de volumen.

Ante la imposibilidad de desprenderlo sin grandes riesgos de los órganos pélvicos laterales y previo vaciamento se deja una porción de la coque marzupializada y se drena el Douglas.

Las consecuencias operatorias fueron buenas, siendo dada de alta el 4 de Julio, quedándole aún una pequeña fístula al nivel de su marzupialización hasta el 1º de Agosto.

Después ha sido examinada varias veces constatándose una curación completa.

El examen de la pieza muestra ser un útero fibromatoso con supuración del más voluminoso de todos los nodulos — que era del tamaño de una cabeza de feto á término — comunicaba con la cavidad uterina.

Por la comunicación pasaba fácilmente la punta de una pinza de Kocher cerrada.

La porción de pareddejada adherente tendría la superficie de cinco centímetros por lado y el espesor de medio centímetro.

Los anexos casi normales.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. Bazterrica

HISTORIA CLINICA IV.—Cama 14

Mercedes M. Centeno, 48 años, argentina, viuda, cocinera, domiciliada en Calle Europa 1877. Entró al hospital el 27 de Julio de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Padres muertos y no recuerda de qué

Antecedentes personales.—Viruela cuando niña. Régló á los 14 años. Sus reglas desde un principio eran regulares, á veces abundantes, no dolorosas, sólo cuando hacía algún desarreglo se acompañaban de cefalalgías; se casó hace 29 años; no ha tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual. — Desde Enero comienza su enfermedad, consistiendo en un temblor y frío que vino de repente, pareciéndole que todo daba vuelta á su alrededor.

Por esa época le faltó la regla dos meses.

A los dos meses le volvió en condiciones normales. Tuvo una nueva suspensión de dos meses, en la que notó un bulto localizado en la fosa iliaca derecha, acompañado de dolor por todo el vientre y disuria.

Tuvo nuevamente la regla á los 10 meses en condiciones normales y á los pocos días le vino flujo amarillento.

Actualmente sigue con sus dolores difusos en todo el vientre, con cierta localización en la fosa derecha y con disuria muy dolorosa.

Cuando anda de vientre hay dolor al nivel del bulto. Ha adelgazado mucho y no tiene apetito.

Estado actual. — Vientre abovedado en su parte inferior, muy doloroso á la presión en la fosa iliaca derecha en la que se palpa un tumor fijo—duro, doloroso, mate, al tacto, cuello de útero borrado. Rechazado á la izquierda, en los fondos de saco derecho porterior se palpa el tumor con los mismos caracteres que se nota á la palpación abdominal.

Durante la permanencia en el Hospital la tempe-

ratura ha oscilado entre 37° y 39°. Los dolores se han acentuado.

Ha tenido varios ataques de colitis.

Actualmente existe un abovedamiento subumbilical en la línea media en el que la piel está roja, hay renitencia á la palpación y es muy dolorosa á la presión.

Agosto 21 de 1909. El Dr. Molinari, previa anestesia clorofórmica hace una incisión longitudical en la línea mediana subumbilical sobre la zona prominente (inc. 8 cent.), se llega por debajo del tejido subcutáneo y seda salida á un pus amarillento. Se sutura dejando un drenaje de goma.

Temperatura por la mañana : 38° ; á la tarde : 37°.

De los cultivos hechos del pus se obtienen estafilococos al estado de pureza.

Se sigue haciendo curaciones secas hasta el 23 de Septiembre, que se vuelve á operar.

El Dr. Molinari hace, previa anestecia clorofórmica, una incisión sobre la fosa liaca derecha hasta llegar al último plano de la pared y se da salida á un pus amarillo. Se pone un tuvo que drena y que queda en comunicación con la herida de la línea media que se hizo en la intervención anterior.

Temperatura á la mañana : 38° ; á la noche : 37°.

El día 30 de Octubre es operada por el Dr. Salvador. Se hace una laparotomía mediana, cuya in-

cisión se extiende desde el pubis hasta por arriba del ombligo, desviada en su tercio superior hacia la ziquierda, para contornear el trayecto fistuloso subumbilical.

Las adherencias y el espesor del peritoneo, son tan grandes que sólo se puede penetrar en la cavidad peritoneal en todo el trayecto de la incisión inmediatamente por debajo del ombligo.

Aparece el colon transverso adherido de un lado al otro del tumor que llena la mitad inferior del vientre con mucha dificultad, se desprende el peritoneo parietal del tumor, lo que se consigue hasta el pubis y permite con esto la abertura de la pared del vientre hasta aquel punto.

Se prosigue la decorticación del tumor lateralmente, penetrando á cada instante en trayectos purulentos situados entre la pared abdominal y restos del epiplón, encontrándose éste tan modificado que aparentemente podría decirse que faltaba.

Los trayectos purulentos que se dirijen á la pared del vientre y en particular á las fístulas cutáneas colocadas una debajo del ombligo y otra en la fosa iliaca derecha, restos de las incisiones practicadas á ese nivel en las dos operaciones anteriores, tienen sus paredes constituídas por asas intestinales aglutinadas, restos del epiplón y las paredes del tumor, unas veces y en otras la pared abdominal.

Estos trayectos encierran en su interior una sustancia granulosa, una verdadera pulpa de frutilla roja ó rojo amarillo, cargadas de grasa y de olor fecaloide.

Después de esta decorticación se descubrió que el colon transverso no adhería al tumor sino al fondo de la vejiga, formando entre los dos las paredes de un trayecto purulento.

La vejiga llega á una altura inusitada, siendo imposible su retracción por las adherencias y su pared anterior enormemente espesada, es la que adherida al peritoneo, desprendimos con dificultad para poder entrar inferiormente en la cavidad abdominal.

Al desprender la vejiga del colon transverso, se desgarró en su fondo en una extensión de 2 á 3 centímetros y al repararla después del tumor que cubría por completo, se desgarró nuevamente cerca del fondo, pero en su cara posterior.

Ambas aberturas se suturaron en dos planos, uno profundo con seda y á puntos separados, sin comprender á la mucosa (puramente muscular), y otro superficial con catgut y en sutura continua, serosa y muscular.

El tumor situado inmediatamente detrás de la vejiga y oculto por ella, había rechazado el útero hacia el lado izquierdo.

Estaba constituído por un nucleo fibroso de des-

arrollo intraligamentario y que había tomado origen en la porción supra vaginal del cuello de la matriz en su borde lateral derecho.

Se decortica y se enuclea ; de superficie lisa - regular y de una forma casi evoidea, alargada, pesaba 515 gramos.

En seguida se hizo histerectomía subtotal, procedimiento americano, empezando por el lado izquierdo fué posible encontrar el ovario del lado derecho. Las ligaduras se hicieron con catgut.

El útero presentaba varios núcleos fibrosos no pediculados en su superficie. Había pus en la trompa izquierda.

El útero con sus anexos pesaba 235 gramos.

Se sutura la pared del vientre como de costumbre, dejando drenage Mikulicz en el fondo de saco de Douglas y se drena con gasa el espacio vésico púbico.

Se coloca sonda de Pezzer que dió en seguida gran cantidad de orina teñida con sangre.

Se hace dermoclisis, cafeina, aceite alcanforado.

A pesar de todo, la enferma falleció al día siguiente de la operación.

Copia del protocolo de la autopsia, que hizo el Dr. Morsaline.

Pelvis peritonitis. — Congestión de las meningeas.

Degeneración grasa del miocardio. Endocarditis mitral. Degeneración grasa del hígado. Nefritis aguda.

Cadáver de 1 metro 60 centímetros de estatura.

Buen estado de nutrición. Bien conformado, con saliencias costales.

Existe, desde tres dedos por arriba del ombligo hasta el pubis, una incisión vertical con puntos de sutura y una gasa en su tercio medio.

Cerebro .—Con congestión bien marcada de las meningeas.

Cerebro normal.

Al sacar la gasa abdominal, salió su extremidad interna con pus.

Cavidad abdominal con olor fetidísimo fecaloide.

Peritoneo muy adherido y espesado.

El colón ascendente y el ciego adherido al peritoneo parietal y al intestino delgado.

Adherencias espesas resistentes á derecha y á izquierda hasta la espina dorsal.

Entre las adherencias muy fuertes existe un putrilago infecto purulento.

Riñones con nefritis agudas.—Estrellas venosas anémicas.

Degeneración grasa.

La cápsula tan íntimamente adherida que al sa-

carla del riñón se desgarra y no puede desprenderse del órgano.

Hígado de cápsula bien adherida, no se puede desprender.

Color blanco amarillento del órgano.

Baso. — Chico. — Normal.

Pulmones con congestión hipostática.

Lóbulo inferior sano.

Pericardio liso. — Corazón con cuágulos pulmonares.

La mitral espesada en su borde libre no hay ni estrechez ni insuficiencia.

El miocardio con algo de degeneración grasa.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. Bazterrica

HISTORIA CLINICA V.—Cama 32

Dominga Medina de Gómez, de 32 años de edad, casada, argentina, domiciliada en la Ciudad de Tucumán.—Ingresa al servicio el 20 de mayo de 1906.

Enfermedades anteriores. — Dice no haber tenido ninguna enfermedad infecciosa.

Que hace un año le apareció un bocio con mayor desarrollo hacia el lado izquierdo.

Regló por primera vez á los 12 para los 13 años. Reglas periódicas; duraban cuatro días y completamente indoloras.

Se casó hace dos años; no ha tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual. — Hace 5 años empezó á no-

tar sus reglas en vez de durar cuatro días, empezaron á prolongarse hasta 6 ó 7 días, y saliendo cuágulos de feo aspecto.

Poco á poco las reglas han aumentado de duración hasta que en la fech aduran 12 ó 13 días, perdiendo gran cantidad de sangre en cada época.

Su vientre también aumentó de tamaño paulatinamente, creyéndose ella embarazada, hasta que pasado el término normal resolvió consultar un médico sobre el asunto.

Entre las épocas menstruales perdía gran cantidad de un líquido claro como una agua, según su expresión.

Esto le obligaba á proveerse de un trapo como en la época de la menstruación, trapos que empapaba con este líquido.

En la pierna izquierda, en la rodilla y en el pie siente dolores á veces bastantes intensos. — En la pierna izquierda no hay fenómenos dolorosos.

No hay constipación. — Va regularmente de cuerpo todos los días.

Hace dos meses tuvo perturbaciones vesicales (de compresión), teniendo que levantarse de noche para orinar, y orinando hasta 12 ó 13 veces por día.

Estado actual. — Vulva de aspecto normal.

A la inspección se nota un abdomen enormemente distendido, con hernia umbilical.

El abdomen es regularmente esférico y del tamaño de un embarazo casi á término.

A la palpación se nota que todo está ocupado desde el pubis hasta el apéndice xifoides por un tumor de consistencia desigual blando en general, pero con puntos duros y dolorosos. Hay matitez en ambos flancos.

Al tacto vaginal se nota un cuello pequeño, cónico, estando muy alto y difícilmente palpable.

El cateterismo uterino que es muy difícil á causa de lo elevado del cuello, da una cavidad de 14 centímetros de largo.

Los movimientos que se le pueden imprimir al tumor, son de pequeña extensión y éstos se comunican al cuello uterino y lo desplazan en sentido inverso. —Este desplazamiento es pequeño.

Poco tiempo de ingresado al servicio presenta fenómenos peritoneales localizados.

El tumor se vuelve muy doloroso, sobre todo en ciertos puntos, y la temperatura alta con insistencia, á pesar de antitérmico.

Se le puso hielo en el vientre.

Hay vómitos ; gran postración.

Aparece una punta en la región precordial. A la auscultación se oye un ligero frote pericárdico.

Gran taquicardia cuando la temperatura se mantiene muy alta.

La palpación del abdomen es muy dolorosa en los días siguientes.

Sale gran cantidad de pus por la vagina.

Se le hacen grandes lavajes vaginales, pero se le tienen que suspender porque impiden el drenaje del pus.

En vista de esto, se le coloca un tubo intrauterino que favorece el drenaje y desde ese momento la enferma mejora.—La temperatura baja.—Los dolores disminuyen hasta casi desaparecer.—Tiene apetito y aumenta de peso.

Abandona el lecho el 24 de Agosto y sale del hospital en mu ybuenas condiciones y sin supuración

Después de la evacuación abundante de pus que se hizo por el útero mismo, se apercibía claramente la disminución de la tumefacción en el lado izquierdo.

En esta enferma se diagnostica fibroma con foco de reblandecimiento y supuración.

Como la cavidad se abrió en el útero y la enferma mejoró notablemente, y como, por otra parte, se negaba someterse al tratamiento quirúrgico, fué dada de alta en las condiciones anteriormente dichas.

HISTORIA CLINICA VI.

N. N., de 46 años de edad, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios.—Muy buenos.

Antecedentes personales.—Nunca ha tenido ninguna enfermedad grave.

Es una gran multípara.—Todos sus partos han sido normales y de término.

Sus antecedentes ginecológicos son inmejorables, no habiendo tenido ningún trastorno en sus menstruaciones, ni ninguna enfermedad de sus órganos genitales.

Su enfermedad actual empieza con una influenza.

Como siente dolores en el vientre se la examina y se encuentra que el abdomen está aumentado de volumen á causa de un tumor duro y doloroso que ocupa casi todo el vientre.

Hecha la histerometría se nota un aumento en la

cavidad uterina. Sus reglas duraban seis días ; nunca tuvo leucorrea.

Al tacto se nota que el tumor hace cuerpo con la matriz y que sigue los movimientos que se le imprimen.

La enferma tiene fiebre y una facie peritoneal. Se resuelve operarla, y al abrir el vientre se encuentra un útero fibromatoso compuesto de varios núcleos.

Se hace una histerectomía sub-total.

Intrigado por la consistencia del núcleo más grande del fibroma, el doctor Bazterrica lo incinde y se encuentra con una cavidad con contiene 150 gramos de pus.

La enferma curó rápidamente sin ninguna complicación.

Hace once años que ha sido operada y desde esa fecha no ha tenido ninguna novedad en su vientre después de la intervención.

Los datos de esta historia los debo á la amabilidad del doctor Bazterrica, que fué quien operó la enferma en su sanatorio particular.

ENRIQUE MARTINEZ.

Buenos Aires, Abril 16 de 1910.

hasta que en la fecha duran 12 ó 13 días, pera l profesor titular Dr. S. Molina y al profesor suplente Dr. F. J. Trongé, para que constituídos en comisión revisadora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 19 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta nº. 2150 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

¿Cuáles son las indicaciones de la histerectomía en los fibromas del útero ?

E. Bazterrica.

II.

El piosalpinx en los fibromas.

S. Molina.

III.

Conducta del médico en presencia de un fibroma ocupando la excavación durante la preñez.

Faustino J. Trongé.