

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

**ESTUDIO**

SOBRE ALGUNOS CASOS

DE

**Hematocele Peri-uterina.**

---

TESIS INAUGURAL

POR

**JOSE REYES BRUCIAGA**

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA  
DE MEXICO.



**MEXICO.**

TIPOGRAFIA INDUSTRIAL, A CARGO DE F. R. BLANCO, ANGEL 8.

—  
1878.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

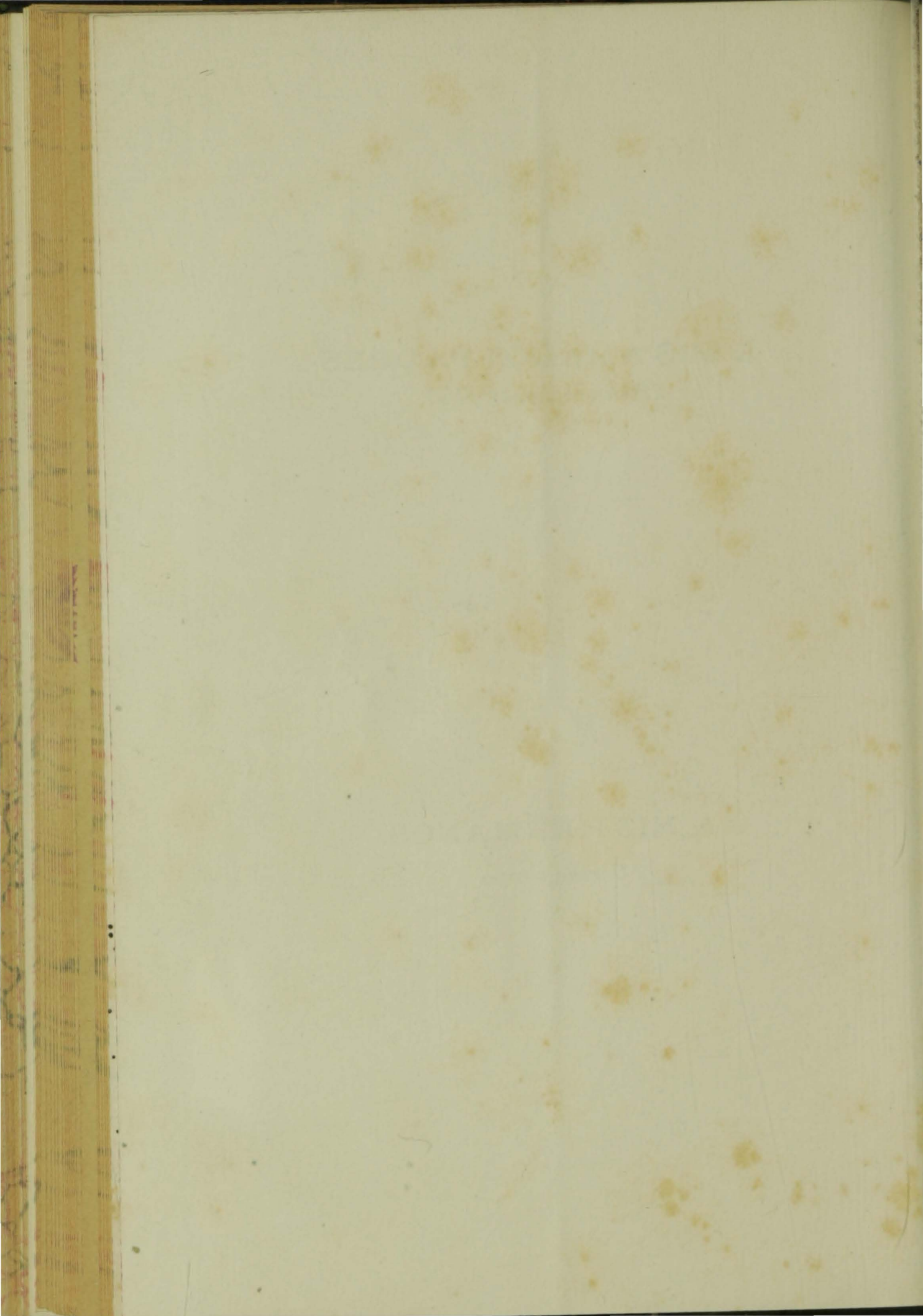


A MIS AMADOS PADRES

*Tributo de amor filial.*

A MIS HERMANOS.

*Carino eterno.*



Al Sr. Dr. Rafael Lavista.

Admiracion y respeto al maestro; gratitud infinita al amigo.

---

Al Sr. Dr. Nicolás San Juan.

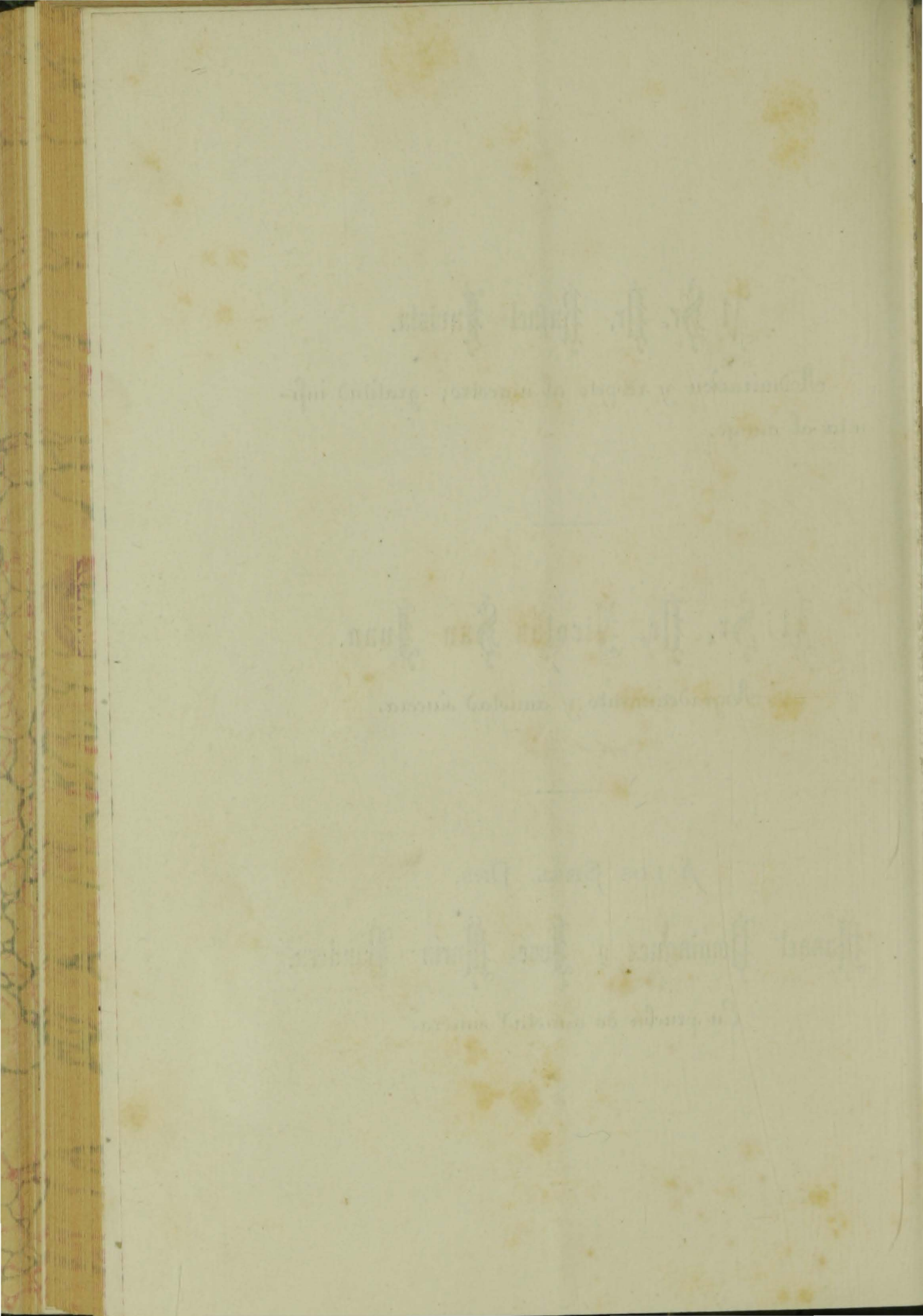
Agradecimiento y amistad sincera.

---

A LOS SRES. DRS.

Manuel Dominguez y José María Bandera.

En prueba de amistad sincera.



UY difícil me parece llenar debidamente el requisito que la ley impone á los que aspiran al honroso título de profesores en Medicina, pues que ni los conocimientos teóricos ni los prácticos que hemos podido abarcar en el tiempo de nuestros estudios, nos son suficientes para añadir algo nuevo de lo conocido en la ciencia, á no ser que á las observaciones de otros agreguemos las nuestras, y en tal caso no haremos más que agregar nuevos hechos á los ya observados. Preocupado con esta idea, me propuse hacer el estudio práctico de la *Hematocele peri-uterina*; en vista de la frecuencia de los casos que he tenido ocasion de observar en dos años de clínica en el servicio de mujeres en los hospitales San Andrés y Morelos.

Basado pues, en la observacion, me ocuparé en este imperfecto trabajo, de su definicion, division, patogenia, etiología, anatomía patológica, sitio, síntomas, diagnóstico, marcha, terminacion, duracion, pronóstico, tratamiento, y por último haré la exposicion de las observaciones fijando solo los principales hechos, para no cansar con detalles la atencion del jurado.



DEFINICION.—Se da el nombre de Hematocele perituterina, á toda coleccion sanguínea formada en la pequeña pélvis al derredor del útero.

DIVISION.—Se divide en hematocele traumática ó que resulta de una lesion quirúrgica, y expontánea ó que proviene de alguna perturbacion en el ejercicio de una funcion fisiológica.

No me ocuparé de la primera, por no tener ningun hecho observado, y por tanto solo trataré de la segunda.

PATOGENIA.—Puesto que el útero y sus anexos son los representantes en la escena patológica que estudiamos, bueno es darnos cuenta del papel de cada uno, si queremos saber cuál es el protagonista, y para esto, creo indispensable entrar en algunas consideraciones fisiológicas.

Está hoy perfectamente demostrado que la menstruacion es el resultado, ó si se quiere mejor la consecuencia de una verdadera puesta expontánea. A cada época menstrual el huevo sufre en el interior de la vesícula de Graaf, una evolucion particular que la conduce á la madurez. La vesícula, conteniendo el huevo ya maduro se hincha, se hipertrofia hasta tomar el volúmen de un chícharo ó de una pequeña nuez; independientemente de la inyeccion sanguínea que se hace entónces en las tónicas de la vesícula, hay tambien, segun Raciborski, un pequeño derrame de sangre en el espesor de sus paredes, que adelgazándose poco á poco, acaban por romperse y desgarrarse.

rándose dejan escapar el huevo. El pabellon de la trompa, aplicándose sobre la superficie del ovario, coje al huevo para trasportarlo al útero, de donde es expulsado en caso de simple menstruacion ó se desarrolla regularmente si es fecundado. Esta funcion la ejecuta la trompa siempre que la vesícula de Graaf opera su dehiscencia debida á la madurez del huevo, ya sea expontánea por la vuelta periódica de la menstruacion, ya provocada por el coito ó las solas excitaciones genésicas; en tal caso, el desarrollo artificial del huevo, que muy bien podemos llamarlo así durante un período intremenstrual, se acompaña de las mismas perturbaciones tanto por parte del útero como del sistema genital, y por consiguiente del mismo escurrimiento sanguíneo por la mucosa uterina como si la ovalacion hubiera tenido lugar á su época normal.

En uno y otro caso el fenómeno principal es la evolucion del huevo, evolucion que se produce siempre de la misma manera y con el mismo cortejo de síntomas exteriores, sea que se desprenda expontáneamente, sea que su caída resulte de una maduracion apresurada por circunstancias exteriores, sea en fin, que este mismo huevo haya ó no sufrido la influencia del principio fecundante. Segun M. Negrier y M. Longet, el ovario en que se desarrolla el huevo destinado á desprenderse en el momento de la puesta sea expontánea, sea provocada por una excitacion genital, está más congestionado, más voluminoso y más doloroso que el del lado opuesto. El ova-

rio, en este estado, al hacerse la dehiscencia de la vesícula de Graaf, da necesariamente lugar á una hemorragia; esta hemorragia puede ser tan pequeña que no dé origen á ningun fenómeno anormal; pero puede suceder muy bien, que bajo ciertas influencias tome tales proporciones, que en lugar de ser un fenómeno fisiológico se transforme en acto morboso.

Me resta solo decir una palabra de las trompas: éstas, en el momento de la dehiscencia de la vesícula de Graaf, se hinchan, se erigen para abrazar al ovario y hacer caminar al huevo en su cavidad, sin dar éstas ningun contingente á la hemorragia catamenial.

Recordada con estos ligeros apuntes la funcion catamenial, veamos ahora cuáles son las diversas teorías que se han versado acerca de la hematocele que nos ocupa, y en cuál encontramos mejor su razon fisiológica de ser.

Muchas teorías se han dado para explicar la produccion de la hematocele espontánea; de entre ellas citaré la de Bernutz, de Nelaton, de Laugier y la de Puech y Trousseau.

Bernutz explica su produccion debida á la oclusion del cuello del útero, retencion de la sangre menstrual en la cavidad uterina, su transporte por entre las trompas debida á la contraccion uterina y su caída á la cavidad peritoneal.

Nelaton refiere la produccion de la hematocele á la coaptacion incompleta de la trompa sobre el ovario. Para esto se apoya en que, en el momento de

operarse la ruptura de la vesícula de Graaf, el pabellon de las trompas espasmódicamente fijo sobre el ovario, recibe el huevo y la pequeña cantidad de sangre que le acompaña. Si por una causa cualquiera no abraza exactamente al huevo, deja entre ella y el ovario un espacio, un hiatus por el cual la sangre se escapa, cae á la cavidad peritoneal, y la hematocele queda así constituida.

Para Laugier, la causa inmediata consiste en una congestion exagerada del ovario y no únicamente en una emigracion incompleta ó defectuosa del huevo en el momento de la puesta espontánea; y para esto se funda en que las hematoceles se producen algunas veces muchos dias despues de las reglas, cuando el huevo debe haber pasado ya á la trompa, y en que pueden aumentar léjos de la época de este fenómeno y la explica así: Supuesta la congestion exagerada del ovario, operado por la ruptura de la vesícula de Graaf, los pequeños vasos desgarrados á su consecuencia, en lugar de dejar escurrir una pequeña cantidad de sangre y de cerrarse luego como sucede comunmente, quedan abiertos y dan necesariamente lugar á una hemorragia, la que, no teniendo salida, tiene por fuerza que caer al peritoneo y formar el quiste hemático.

Por otra parte, dice el mismo autor, la hemorragia aumenta considerablemente, porque no son solo los vasos interesados por la ruptura de la vesícula en el trayecto del huevo los que dan sangre, sino tambien

las paredes vasculares de los cuerpos amarillos y las del tejido ovariano sobre toda la circunferencia del quiste vascular.

MM. Puech y Trousseau, independientemente de la congestión ovariana, han invocado como causa primordial de la hematocele, la congestión de la trompa uterina, ó únicamente de su pabellón á cada época menstrual. Suponen que la mucosa tuvaria, vivamente congestionada, deja exudar sangre en su superficie, como lo hace la mucosa uterina á cada época menstrual, como lo hace la pituitaria cuando hay epístaxis, etc.; y que esta sangre, no pudiendo pasar al útero, deberá caer al peritoneo y constituir allí la colección sanguínea designada con el nombre de hematocele peri-uterina.

De todas estas teorías, la que me explica mejor la mayoría de los hechos que he observado, es la de Laugier. En efecto, en el mayor número de ellas las enfermas acusan como causa de su mal los enfriamientos durante su período, y estos no pueden, á mi juicio, traer otro resultado inmediato, que una congestión; congestión que elige de preferencia el órgano cuyas funciones se encuentran en mayor actividad; y como en esa época el ovario está en plena función, hácia ese órgano debe dirigirse el trabajo fluxionario.

La teoría de Bernutz no me parece aceptable, por estar en contradicción con lo que nos enseña la fisiología, la anatomía y la experimentación; pues siendo la sangre un líquido eminentemente coagulable, no

podria refluir, al ménos en cantidad suficiente para formar una hemorragia á través de un conducto tan estrecho, capilar verdaderamente, y tan erizado en su superficie por el epithelium vibratil.

En cuanto á lo que la experiencia nos enseña, con mucha frecuencia he visto hacer y áun hecho inyecciones intra-uterinas con diversos líquidos, y jamás he presenciado los accidentes que con seguridad vendrian, si el líquido de la inyeccion hubiera pasado por las trompas al peritoneo; y hechos más auténticos los vemos en la tésis inaugural del Dr. San Juan, sobre *Utilidad de las inyecciones intra-uterinas*, que prueban hasta la evidencia la inocuidad de ellas.

La teoría de Nelaton no está de acuerdo con los hechos, pues que la hemorragia, si es que puede llamarse así, que resulta de la ruptura de la vesícula de Graaf, es tan débil que apenas se escurrirán dos ó tres gotas de sangre, con cuya cantidad no podriamos explicar la formacion de tumores sanguíneos tan voluminosos, que llenan toda la pélvis, desbordan la escavacion, y suben algunas veces hasta arriba del ombligo. Podrá suceder que derramada esa pequeña cantidad de sangre en el peritoneo, dé lugar á la formacion de tumores muy pequeños, y solo en tal caso me parece aplicable esta teoría.

Respecto á la teoría de Trousseau, solo manifestaré que me parece imposible que la pequeña cantidad de sangre que las trompas puedan dar en semejante caso, no me explica de una manera satisfactoria la for-

macion de hematoceles tan grandes como las que he visto.

Hay otro modo de produccion de la afeccion que nos ocupa, y es el siguiente: Al hacer el estudio de un caso de hematocele antero-uterina, y no pudiendo darme cuenta de su produccion, el Dr. San Juan, médico del hospital "Morelos," á quien tengo el honor de servir de practicante, me llamó la atencion acerca de las peritonitis circunscritas, y por tanto, de la formacion de falsas membranas que llegadas á un alto grado de vascularizacion, y á causa de algun traumatismo ó alguna violencia exterior, podrian romperse, y siendo anteriores, dar lugar á la formacion de hematocele peri-uterina correspondiente. Muy racional me pareció su observacion, y no vacilé en admitirla para darme cuenta del caso que nos ocupaba, así como de otro que á su tiempo referiré.

Como veremos al hablar del sitio del foco hemático, unas veces se encuentra detrás del útero, y es la variedad que más generalmente estudiada, ha llevado el nombre de retro-uterina; mas en un buen número de casos, la sangre ocupa el fondo del saco peritoneal vésico-uterino. Pues bien, en estas circunstancias la situacion y disposicion anatómicas, tanto del ovario, y aún si se quiere de la trompa, están muy léjos de poder llevar su contingente hemorrágico al saco peritoneal ya mencionado; y más, si no se olvida que los repliegues anteriores de los ligamentos anchos que envuelven los ligamentos redondos y que limitan ese

fondo de saco, están muy distantes de los focos de la hemorragia.

Si por otra parte se atiende á la gran frecuencia de las anteversiones por bridas organizadas que quedan como resíduos de peri-metritis antiguas, y la facilidad con que éstas se rompen durante los esfuerzos ó en los momentos del coito, bien se comprenderá que estas neo-membranas tienen que representar un gran papel en la produccion de las hematoceles peri-uterinas, y con especialidad de las anteriores.

ETIOLOGIA.—Entre las causas que originan la hematocele peri-uterina, estudiaremos las causas predisponentes y las causas ocasionales; las primeras se dividen en generales y locales.

CAUSAS PREDISPONENTES GENERALES.—De todas estas causas que pueden tener alguna influencia en el desarrollo de la hematocele peri-uterina, la única digna de llamar la atencion, es la relativa á la edad de la enferma, que es constantemente la de 21 á 35 años; edad que corresponde á la mayor actividad funcional del útero y sus anexos.

Las mujeres de un temperamento sanguíneo, de una constitucion fuerte y pletórica, parecen predispuestas á esta afeccion como á todas las otras variedades de hemorragias.

Los climas, las estaciones, la profesion, las costumbres, etc., pueden tener alguna influencia.

CAUSAS PREDISPONENTES LOCALES.—Estas son las que se derivan ó del estado anatómico de las partes, ó del



estado de las funciones útero-ovarianas; de allí causas anatómicas y causas fisiológicas.

Entre las causas anatómicas, tres solamente han sido señaladas: primera, el estado varicoso del plexus útero-ovariano; segunda, la imperforación ó el estrechamiento del cuello uterino; tercera, la atrecia de la vulva ó la imperforación del hímen. Respecto á las dos últimas, recordaré que no admito que la sangre encerrada en las cavidades uterina ó vaginal pueda refluir y caer al peritoneo para formar la hematocele, sino que como dice Nonat, esta acumulacion puede muy bien ser el origen de una fluxion excesiva de los ovarios, de una apoplejía de estos órganos ó de una ruptura vascular de sus vasos: de donde la hematocele.

En cuanto á las causas predisponentes locales fisiológicas, solo podremos señalar las que se refieren á la menstruación ó á la ovulación espontánea ó provocada.

CAUSAS OCASIONALES.—Se dividen, en directas é indirectas.

DIRECTAS.—Los excesos del coito, sobre todo, durante la menstruación.

La aplicación de un cuerpo frío sobre los órganos genitales, esponjas ó compresas embebidas de agua fría é inyecciones vaginales frías durante la época de las reglas.

Ruptura por violencias exteriores de las falsas membranas intra-pelvianas.

INDIRECTAS.—Caídas sobre las nalgas, golpes sobre

el abdómen, levantar un cuerpo pesado, la carrera, el salto, y en una palabra todas las violencias exteriores, particularmente durante el período catamenial. La impresion del frio en la superficie del cuerpo, las emociones morales vivas, y en resúmen, todas las circunstancias capaces de aumentar el flujo menstrual ó de detener bruscamente su curso, pueden concurrir á la produccion de tumores sanguíneos intra-pelvianos.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—Aunque no he tenido oportunidad de estudiar anatómicamente la afeccion que nos ocupa por no haber visto más que un cadáver de este género, y del cual no se nos permitió su auptopsia, diré lo que otros han visto, solo por hacer más completo este estudio.

Abierto el cadáver, se encuentra en la escavacion pelviana un tumor arredondado, globuloso, raras veces colocado exactamente en la línea média y más comunmente á la derecha ó á la izquierda; puede extenderse desde la escavacion pelviana hasta el ombligo. Es azulado ó negrusco; los intestinos delgados le adhieren más ó menos hácia arriba y lateralmente, miéntras que hácia adelante está en relacion con el útero, que está empujado hácia arriba y el fondo adelante. Este órgano está á veces inclinado á uno ú otro lado. La vejiga y el recto están más ó menos comprimidos por el tumor. Desarrollado éste en la cavidad peritoneal, como lo demuestra una diseccion atenta, sus paredes son más ó menos gruesas, en general son bastante delgadas y constituidas por una membrana

de aspecto ceroso que frecuentemente se toma por el peritoneo mismo y que no es otra que una falsa membrana rápidamente organizada bajo la influencia de la flegmasía provocada por la sangre que se ha derramado en la cavidad peritoneal.

Si se abre el tumor, se le encuentra lleno de sangre. Esta ofrece un aspecto variable según la antigüedad de la enfermedad y según que la hemorragia se haya renovado una ó muchas veces seguidas. La sangre más comunmente está encerrada en el fondo de saco retro-uterino, aunque á veces puede estarlo en el vesico-uterino, y en una y otra parte completamente enquistada por una falsa membrana. Este quiste es unilocular ó multilocular, la sangre que encierra puede ser fluida ó estar en forma de coágulos, unos negruscos, otros fibrinosos, estratificados; algunas veces, además, se haya un líquido chocolate, sanioso ó más ó ménos puriforme, prueba de alguna inflamacion del quiste. En las capas profundas del foco, se encuentra á veces la trompa dilatada y adhérente; frecuentemente uno de los ovarios ó los dos á la vez, están congestionados ó son el sitio de focos hemorrágicos comunicando con la sangre derramada en el peritoneo; puede suceder también que este órgano sea destruido en parte ó en totalidad, ó no encontrar sino vestigios; es comun también encontrar en el foco embriones enteros ó restos de feto. El útero generalmente está sano, aunque puede estar más voluminoso debido á la congestión, y desviado á uno ú otro lado; su cuello está

á veces obliterado por una cicatriz, por un cuerpo extraño ó por el infarto de sus paredes.

Puede existir, en fin, una peritonitis generalizada, pues que sucede muy frecuentemente que la muerte sea el efecto de la perforacion del quiste en la parte libre del peritoneo.

SITIO.—En las observaciones que me han servido de base para este estudio, el foco sanguíneo lo hemos hallado siete veces dentro del fondo de saco peritoneal retro-uterino y dos en el fondo de saco vésico-uterino.

SÍNTOMAS.—En general el principio de la enfermedad es más bien rápido é instantáneo que lento y progresivo, pues que se trata de una hemorragia y la sangre debe derramarse rápidamente para formar una coleccion morbosa, aunque á veces se hace lentamente y entónces escurre, por decir así, gota á gota. En el primer caso los síntomas dominantes son los de una hemorragia interna y en el segundo pasan desapercibidos. Inmediatamente despues un dolor, intenso en el hipogastrio irradiándose á todo el vientre y con una agudeza á veces tal, que las desgraciadas enfermas no solo gritan y se desesperan sino que creen llegado el último momento de su vida. Este primer síntoma es, sin duda, el indicio de la peritonitis que sobreviene á causa del derrame sanguíneo en la cerosa abdominal, y que tiene por resultado definitivo el inquistamiento del líquido derramado.

Uno ó dos dias despues, el dolor, siempre intenso,

es ménos agudo y continuo, es espontáneo y aumenta considerablemente á la presión cuando ésta se ejerce en la parte profunda del hipogastrio.

En el curso de la enfermedad se presentan fenómenos originados, ya por la compresión que ejerce el tumor sanguíneo sobre los órganos vecinos, y que da lugar á neuralgias lombares y sacras, constipación, retención de orina, etc., y á fenómenos dependientes de la mayor ó menor intensidad de la peritonitis consecutiva como náuseas, vómitos, meteorismo, enfriamiento de las extremidades, pequeñez y frecuencia del pulso, aumento de la temperatura, etc.

De todos los signos que caracterizan esta enfermedad, ningunos tienen tanta importancia como los desórdenes locales, y estos solo pueden ser apreciables por la exploración directa.

A la inspección, se encuentra el vientre abultado en su porción sub-ombilical, especialmente hácia la línea média y simulando perfectamente un embarazo al quinto y aún más del sexto mes.

Por la palpación abdominal encontramos un tumor que naciendo del fondo de la excavación pelviana, sube más ó ménos hácia el ombligo, casi siempre piriforme, otras veces esferoidal y con prolongaciones hácia las fosas iliacas, pareciendo constituir éstas, tumores aparte. La consistencia es elástica, pastosa en otros puntos y algunas veces verdaderamente fluctuante, especialmente cuando á este cuadro acompaña una retención considerable de orina.

A la percusion, sonido oscuro en toda la region correspondiente al tumor ó á los tumores.

Al tacto vaginal, se encuentra la vagina caliente, aplastada de adelante atrás y de arriba abajo; el cuello uterino bajo y duro, unas veces dirigido hácia el púvis, otras completamente hácia atrás y haciendo continuacion en este caso con el cuerpo, que es posible distinguirlo perfectamente descansando sobre la pared anterior de la vagina y comprimiendo el cuello vesical; en otras ocasiones el cuerpo uterino sigue casi el eje de la pélvis, pero se haya un poco empujado hácia adelante.

Hay en la mayoría de los casos un tumor arredondado, las más veces fluctuante ó elástico que ocupa la mitad posterior de la excavacion pelviana y que hace cuerpo exactamente con el que se ha tocado por al hipogastrio, pero inmóvil y aprisionado algunas veces entre su masa al fondo uterino. Este tumor ocupa unas veces, como deciamos, la parte posterior de la excavacion pelviana y llena entónces por completo el fondo de saco vaginal correspondiente, otras veces se toca en el fondo de saco vaginal anterior, y hace dificilmente accesible al cuerpo del útero, pero en esta vez la porcion que se toca por la vagina es mucho ménos extensa que cuando ocupa el fondo posterior.

Los ovarios en la mayoría de los casos dejan de ser tangibles, y cuando se distinguen, parecen formar una misma masa con el tumor sanguíneo.

Todos estos detalles se hacen más apreciables, si se tiene cuidado de vaciar previamente la vejiga y el recto; si se explora por este órgano, se le encuentra aplastado, comprimido contra el sacro por el tumor hemático de una manera directa, ó por intermedio del cuerpo uterino.

Es curioso ver la marcha tan diversa que sigue el escurrimiento catamenial; en lo general observamos, que si no se suprime por completo desde la aparición del accidente la cantidad de sangre que sale por la vagina, basta apenas para manchar ligeramente la ropa. En otras ocasiones el flujo periódico toma una intensidad alarmante, y se convierte en una verdadera menorragia. Por esta circunstancia se comprende fácilmente cuál es la causa de que se prolonguen por muchos días los fenómenos inmediatos á una gran pérdida sanguínea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—El diagnóstico de las hematoceles peri-uterinas es bastante fácil, siempre que se medita con detenimiento el orden de los accidentes; se encuentra entónces en la aparición rápida del tumor, en los síntomas concomitantes, entre los cuales los más acusados pertenecen á la peritonitis, en el desalojamiento de los órganos pelvianos, en el cambio de dirección del útero, en el aplastamiento del recto y en la consistencia del tumor, los medios de determinar la naturaleza de éste sin vacilacion. Pero no siempre sucede así, sea que el tiempo haya modificado los síntomas, sea que los caracteres precedentemente enu-

merados no sean tan marcados, en tal caso muy fácil es confundirse y tomar esta afección por otra.

El flegmon peri-uterino es una de las enfermedades con que es fácil confundirle. Los puntos de contacto son numerosos; una y otra enfermedad tienen por sitio la cavidad pelviana, una y otra se acompañan de accidentes de peritonitis que determina adherencias, una y otra tienen ciertamente su punto de partida habitual en los anexos; una y otra, en fin, se descubren por la existencia de un tumor peri-uterino.

Al lado de estos puntos de semejanza hay diferencias radicales; el flegmon está casi siempre ligado á un parto ó á un aborto, mientras que la hematocele es raras veces la consecuencia: el primero se desarrolla con lentitud, el segundo llega repentinamente á su máximo de desarrollo, y acompañándose de signos de hemorragia interna; el flegmon da al tacto la sensación de un empastamiento edematoso, que no se hace fluctuante sino hasta el fin; la hematocele es fluctuante al principio, renitente y dura después, y por fin fluctuante otra vez si se supura, y en este estado no hay diferencia entre los dos, pues que tanto uno como otro no son más que absesos pelvianos y aún cuando se confunda, el resultado final del tratamiento es idéntico y solo importa el diagnóstico para establecer una precisión científica que debe nada menos que deducir el pronóstico, y éste, si no ha podido establecerse de antemano por el diagnóstico, se deter-



minará desde el momento en que se conozca la naturaleza del pus.

En fin, el flegmon no producirá jamás en la situación del útero desalojamientos tan considerables como los que origina la hematocele; no llega á tener un volúmen tan considerable, y comparativamente dilata ménos su curacion.

Las perturbaciones de la menstruacion acompañan frecuentemente á la hematocele y al flegmon.

Algunos autores creen que puede confundirse el embarazo extra-uterino con la enfermedad que nos ocupa; pero á mi juicio es enteramente infundada esa opinion. En verdad, en las variedades de embarazo extra-uterino aceptadas más generalmente en la ciencia, solo una, la peritoneal, es la que puede simular una verdadera hematocele; pero una de dos, ó se la estudia al principio y entónces en ambos casos el derrame sanguíneo, como la peritonitis, justifican el diagnóstico, ó se la observa en su desarrollo ulterior y entónces las circunstancias que acompañan al embarazo vicioso lo hacen más distinto á medida que se le observa á una época más avanzada.

Estas son las enfermedades con que más fácilmente se podria confundir la hematocele, aunque hay otras como quistes ú otros tumores del ovario, la retro-version uterina y el hidrómetro, pero que un interrogatorio bien dirigido y por exclusion, se puede llegar al verdadero diagnóstico.

**MARCHA, DURACION Y TERMINACION.**—La marcha de

la hematocele está subordinada á los cambios que sufre la sangre en el interior del foco, y á las modificaciones de la pared del quiste. Los primeros son: la coagulación, la transformación de los coágulos y la reabsorción de estos; los segundos son debidos á la transformación de la peritonitis adhesiva en supurativa.

Miéntras los primeros cambios se van efectuando en el foco, las enfermas entran en calma, y la enfermedad, puede decirse, toma un carácter crónico. Viene luego el trabajo de reabsorción, en cuyo período, las partes líquidas del derrame se reabsorven, y la membrana que forma la pared del quiste encontrándose en contacto inmediato con el coágulo, y éste, obrando á la manera de un cuerpo extraño, provoca una subinflamación que da origen á una supersecreción cerosa de la pared del quiste. Las capas más superficiales del coágulo, bañadas y penetradas por este líquido, se separan del resto de la masa sanguínea; se disuelven, se mezclan con la cerosidad, y entran con ella al torrente circulatorio. El coágulo se encuentra de nuevo en contacto directo con la membrana que lo rodea, y entónces se renuevan la série de fenómenos que acabamos de exponer; esto se repite hasta que, reducido el coágulo á una masa fibrosa, se hace refractaria á la reabsorción, y queda por todo contenido, un pequeño núcleo endurecido en el lugar del foco hemático.

Durante esta série de fenómenos, se puede seguir

por la exploracion directa, la retraccion del tumor hasta verlo desaparecer cási por completo; así como se puede seguir paso á paso la disminucion de los síntomas ya mencionados.

Estos son en compendio los fenómenos que presenta la hematocele en su marcha ordinaria hácia la curacion sin complicacion ninguna.

De estos casos contamos dos, los que hacen referencia á las observaciones 8.<sup>ª</sup> y 9.<sup>ª</sup>

En otras circunstancias, estados patológicos de las paredes del foco, interrumpen el camino ántes trazado, y entónces la peritonitis, que era simplemente adhesiva, pasa á ser supurativa, y en tal situacion, el pus á que da origen, obra sobre los coágulos sanguíneos disolviéndolos más ó ménos y dando por resultado final un abseso intra-peritoneal, que sigue la marcha y terminacion como en circunstancias ordinarias, con la diferencia que el pus en lugar de tener un aspecto francamente flegmonoso, está más ó ménos teñido por la materia colorante de la sangre. Las observaciones 2.<sup>ª</sup>, 3.<sup>ª</sup>, 4.<sup>ª</sup>, 5.<sup>ª</sup>, 6.<sup>ª</sup> y 7.<sup>ª</sup>, nos enseñan la frecuencia mayor con que la peritonitis toma la forma supurativa.

Durante esta marcha los signos de peritonitis circunscrita se hacen manifiestos, así como los propios á la existencia de un trabajo supurativo en el organismo.

La duracion está subordinada á la mayor ó menor actividad del trabajo de reabsorcion, y en caso de su-

puracion á la intervencion más ó ménos pronta del tratamiento adecuado, y cuando se intervenga ántes de la coagulacion de la sangre como en el caso de la observacion 1.<sup>ª</sup>, se puede decir que la duracion depende de la oportunidad con que se vacíe el foco.

La terminacion se deduce de la marcha.

COMPLICACIONES.—La que ha sido cási constante en nuestras observaciones ha sido la peritonitis, complicacion inevitable y se puede decir de una manera absoluta, que siempre existe, limitada en la mayoría de los casos y estos los más felices á la porcion pelviana del peritoneo, pues que es la que da los productos plásticos destinados á inquistar la coleccion sanguínea. Pero puede suceder que se extienda y se propague á toda la cerosa trayendo accidentes muy graves, y más aún cuando por exceso de distencion ó por ruptura de la bolsa quística se derrama el contenido en el peritoneo, pues que entónces da origen á una peritonitis sobreaguda que mata á la enferma en unas cuantas horas, como tal vez sucedió en nuestra enferma de la observacion 4.<sup>ª</sup> en la que probablemente antiguas adherencias impidieron la retraccion de la bolsa y originaron su ruptura, pues tal fué la rapidez de su muerte; esto no lo puedo asegurar por no hábersenos permitido la inspeccion del cadáver.

La vejiga y el recto pueden tambien sufrir á consecuencia de la compresion que el tumor ejerce sobre ellas, ulceraciones más ó ménos vastas de sus paredes, ó bien buscando su salida el contenido por algu-

nas de estas vías, dé origen á cistitis como el caso de la observacion 6.<sup>a</sup> en la que, abierta la hematocele por la vejiga la ha ocasionado muy frecuentemente, ó rectitis como el de la observacion 7.<sup>a</sup> que hizo su salida por el recto.

He visto tambien en la observacion 5.<sup>a</sup> complicarse de colitis aguda.

PRONÓSTICO.—Hablando de un modo general lo que se puede decir acerca del pronóstico de la hematocele es, que esta enfermedad no debe considerarse como grave de una manera absoluta, porque estudiando las estadísticas se puede ver claramente que el mayor número de las enfermas se salvan; aunque no del todo pueda decirse que se curan; pero penetrando más íntimamente en la cuestion, el pronóstico puede precisarse segun la marcha de la enfermedad; ésta es en efecto, la única que nos puede anunciar el modo de terminacion del mal, y por consiguiente las circunstancias que pueden comprometer ó no la vida de la enferma ó su salud; por ejemplo, en los casos en que los fenómenos que se presentan indican el endurecimiento sin flegmasia superativa del foco sanguíneo, puede asegurarse la vida de la enferma, no obstante los padecimientos á que queda sujeta por mucho tiempo ó por todo el resto de su vida. Si por el contrario, las manifestaciones son del orden de aquellas que indican que la peritonitis es más ó ménos supurativa, el resultado depende de la época en que se examine á la enferma, de la extension del foco, del es-

tado general, del lugar en donde se haya hecho la abertura espontánea del foco purulento y de las complicaciones á que esto dé lugar, del tratamiento que se emplee y de la oportunidad con que se intervenga; circunstancias á que tiene que estar sujeto el pronóstico.

TRATAMIENTO.—Este es médico y quirúrgico. Como el primero es demasiado conocido y no difiere del que he visto emplear en las observaciones que son el objeto de este trabajo, solo me ocuparé del segundo por separarse notablemente la conducta de los autores europeos, de la que he visto seguir en las enfermas que he estudiado.

Basta registrar someramente los consejos que nos dan los ginecologistas modernos como Gallard, Nonat, Linas, West y Courty acerca del tratamiento de la hematocele peri-uterina para ver de una manera patente cuán léjos están de satisfacer las aspiraciones á que nos conduce el resultado de los hechos que voy á referir.

Mucho me complaceria poder presentar á vdes. la apreciacion que pudiera hacer con los pocos recursos que están á mi alcance, de los diversos medios de tratamiento que he visto poner en práctica, y de las reflexiones que sobre estos me han sido comunicadas; tanto más, cuanto que habiendo sido testigo ocular del éxito obtenido con ellos, esto bastaria para exponer mi opinion con la conviccion necesaria; pero manos más hábiles como las del Ginecologista Dr. Nicolás San

Juan, se ocuparán muy en breve de este asunto, y según él me ha comunicado, creo muy pronto verá la luz pública el fruto de su experiencia en el tratamiento de la hematocele peri-uterina.

En tal virtud, voy á ocuparme simplemente de los medios quirúrgicos que he visto emplear, y el orden en que de ellos debe disponerse.

Los arbitrios quirúrgicos á que me refiero, son: La puncion con el trócar, la canalizacion con tubos de Chassaignac y la incision.

Estos tres medios deben *siempre y por siempre* exclusivamente por la vagina.

La puncion es aplicable á las hematoceles recientes que no pasen de dos semanas, y para las hematoceles más ó ménos supuradas; la canalizacion, cuando una vez practicada la puncion la sangre escurre con mucha lentitud, y la incision para las hematoceles que una vez puncionadas, se tenga la seguridad de que la dificultad para el escurrimiento sanguíneo es debida tansolo á la coagulacion *reciente* de la sangre.

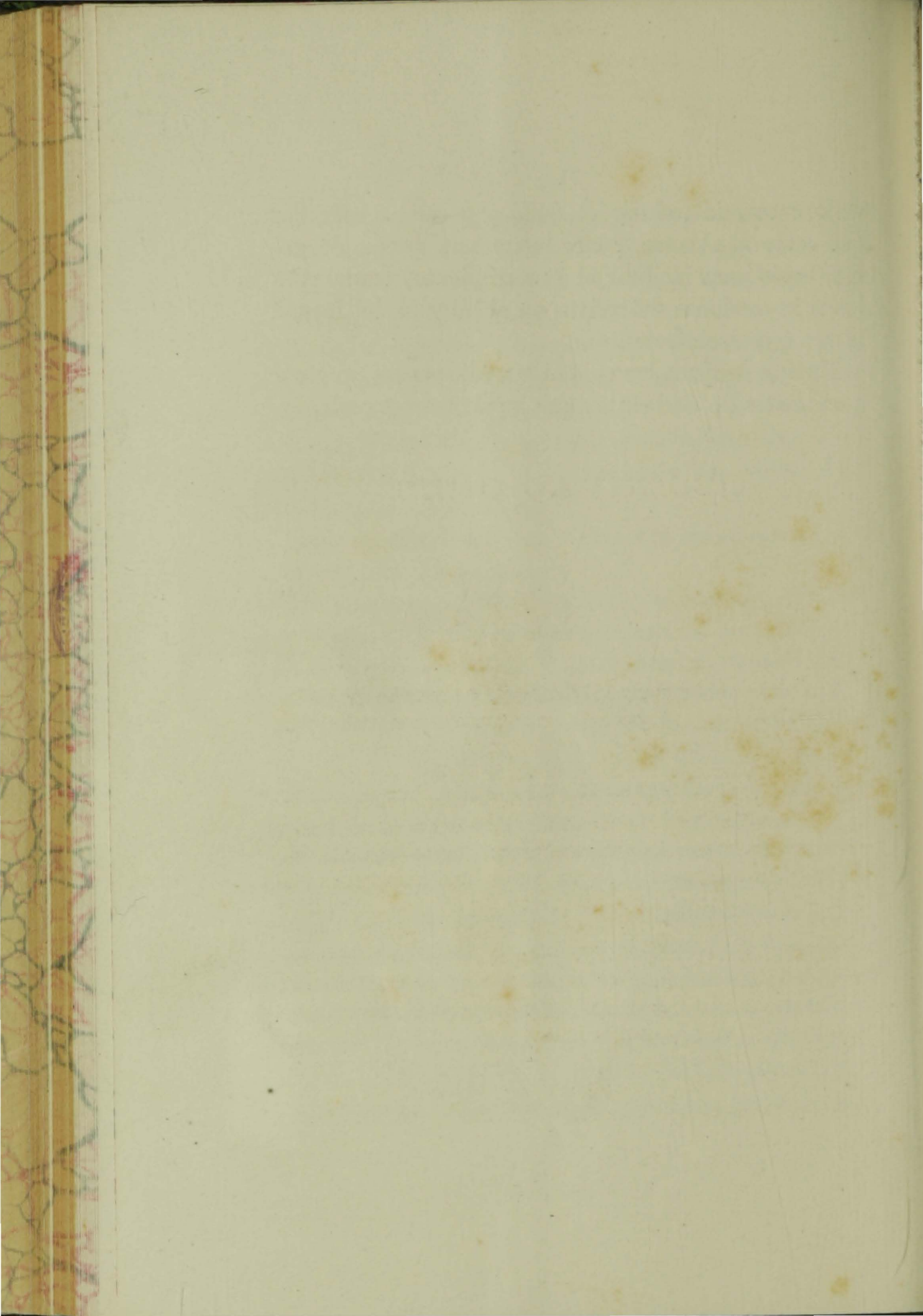
El mismo procedimiento debe aplicarse, cuando en los casos de hematoceles francamente supuradas, y despues de haber practicado convenientemente la puncion, aún repetidas veces, ésta no haya sido bastante para evacuar la mayor parte del pus contenido en el saco, y cuando á esta situacion se acompañe un estado grave de la enferma, por los accidentes que trae consigo la retencion del contenido del foco purulento.

Despues de la incision es conveniente, como lo he

visto hacer, introducir el dedo y sacar los coágulos que estén al alcance, poner luego una sonda de goma, tanto para facilitar el escurrimiento, como para hacer inyecciones deterrentas en el interior del foco, á la vez que desinfectantes.

Entran despues los cuidados médicos para prevenir ó combatir los accidentes que puedan sobrevenir.





## OBSERVACIONES.

### I

El día 16 de Febrero de 1877, estando de guardia en el hospital "San Andrés," se acercó hácia mí una enferma suplicándome le diese una cama, y sin saber de lo que se trataba la mandé llevar á la sala de CIRUGÍA DE MUJERES, de la cual era entónces practicante, por ser la única sala donde habia camas desocupadas, y fué colocada en el número 27. Para dar el diagnóstico y apuntarlo en la boleta de entrada procedí luego á su exámen. La angustia más terrible se pintaba en su semblante; su piel caliente y húmeda, el termómetro marcaba 38° y su pulso latia 112 veces por minuto. De sus antecedentes: Dolores Alvarado, de 27 años, de temperamento sanguíneo; me dijo no haber padecido de ninguna enfermedad, sino dos partos y un aborto, siendo este último tres años há; su primera menstruacion á los 13 años, siempre regular y abundante. El día 1° de Febrero, segundo día menstrual para ella, su esposo la obligó á la cópula causándole gran enfado y un trastorno general en su organismo; á las pocas horas sintió un fuerte dolor en el hipogastrio,

acompañado de calentura, calosfrio, sudor, desvanecimientos, y el flujo menstrual se detuvo. Tres dias despues todos los síntomas disminuyeron, al cabo de los cuales se notó una bola en el vientre bajo que se la tocaba como á dos dedos arriba del púvis, ocasionándole un gran dolor á la menor presion; orina difícil y constipacion. Así permaneció hasta el dia 15 en que le volvieron todos los síntomas como el primer dia de su enfermedad, notando entónces que el vientre estaba crecido y que el tumor se extendia á mayor altura. El dia 16 entró al hospital, y acostada ya en su cama, despues de fijarme en los signos ya dichos, procedí al exámen físico. A la inspeccion me llamó la atencion lo elevado del hipogastrio; á la palpacion gran sensibilidad en todo el vientre, sobre todo en el hipogastrio; un tumor perfectamente limitado ocupaba la línea média, se extendia desde la excavacion pelviana hasta cinco centímetros abajo del ombligo, era globuloso, liso, blando y fluctuante. Al tacto vaginal, la vagina caliente y humedecida por un ligero flujo blanco, el cuello del útero duro, doloroso y desviado un poco á la derecha y adelante; el fondo de saco vaginal posterior destendido por un tumor globuloso, liso y francamente fluctuante, ocupando como los dos tercios posteriores de la excavacion y doloroso á la presion. Despues de este exámen me pareció que se trataba de una hematocele retro-uterina y así puse el diagnóstico en la boleta de entrada.

Al dia siguiente, el Dr. Andrade, médico de la sala, hizo el mismo diagnóstico, y tres dias despues hizo una puncion con un trócar grueso por el fondo de saco útero-vaginal posterior; á la salida del punzon escurrió sangre negra en gran cantidad, y puso luego un tubo de canalizacion para facilitar su salida; le ordenó á la enferma el mayor reposo posible, se puso á dieta y se le mandaron poner vejigas con hielo al vientre, renovándose sin cesar. Al dia siguiente se presentó el cuadro completo de la peritonitis circunscrita, que por un tratamiento adecuado cedió al tercer dia. El escurrimiento sanguíneo seguia aunque en menor cantidad, y disminuyendo el foco de dia en dia; sin quitar

el tubo de canalizacion, se le mandaron poner inyecciones determinativas y desinfectantes al interior del foco hasta que disminuyó casi por completo, quedando solo un tumorcito como del tamaño de una nuez chica, y sin haber tenido el menor accidente despues de la peritonitis. A este último estado llegó el 28 de Marzo, y el dia 3 de Abril bajó con gran abundancia el flujo catamenial, y el 2 de Mayo salió del Hospital, habiendo recobrado su fuerza y vigor perdidos.

## II

Petra Quiñonez, de 25 años, de constitucion regular, temperamento linfático, tuvo su primera menstruacion á los 14 años, siempre regular y de ocho dias de duracion; no ha tenido hijos ni padecimiento alguno por parte del útero y sus anexos. Entró al Hospital "Morelos" á curarse de un chanero duro en la orquilla, y ocupó el número 15 de la sala "ORTEGA" á cargo del Dr. San Juan; al octavo dia de su entrada, segundo de su menstruacion; á media noche fué despertada por un dolor profundo que del vientre bajo se irradiaba hácia la region lombar y parte interna de los muslos; calosfrio muy fuerte y calentura. Al dia siguiente la calentura era de  $39^{\circ},5$ , y el pulso, pequeño y deprecible, latia 120 veces por minuto; el vientre meteorizado y tan doloroso, que no permitia la más ligera presion, cefalalgia intensa, sed viva, vómitos tenaces, constipacion y miccion dolorosa. Así duró dos dias, al cabo de los cuales todos los síntomas disminuyeron, quedando solamente una debilidad y un estado anémico profundo; no siendo ya tan doloroso al vientre, se pudo apreciar por la palpacion abdominal, un tumor perfectamente distinto del útero, arredondado, blando y elástico, del volumen de una naranja y perfectamente circunscrito por su parte superior; pero que en la inferior no se podia apreciar porque se perdia en la profundidad de la pélvis en donde estaba fijo. Por el tacto vaginal se encontró en el repliegue útero-vaginal pos

terior, un tumor blando y fluctuante que acompañado de la palpacion abdominal, se pudo distinguir mejor; por último, el tacto rectal vino á completar el diagnóstico de una hematocele retro-uterina. En este estado permaneció la enferma ocho dias, en el trascurso de los cuales no se observó accidente alguno. El Sr. San Juan, en vista de lo fluctuante del tumor, procedió á dar salida al quiste por medio del aspirador de Potin, haciendo la puncion por la vagina, extrayéndose 100 gramos de pus sanguinolento y fétido, con la fetidez propia de las materias fecales; la calentura desapareció al siguiente dia de la puncion, todos los demás signos siguieron desapareciendo, y dos meses despues la enferma fué dada de alta en completa curacion.

### III

Petra Ortiz, de 20 años, de temperamento linfático, su primera menstruacion la tuvo á los 14 años y de cuatro á cinco dias de duracion sin ser muy abundante; no ha tenido hijos.

El dia 23 de Diciembre de 1877 fué llamado el Dr. San Juan á la casa de esta enferma y la encontró en postracion completa, inundada de sudor, con basca, sed y constipacion; el termómetro marcaba 40° y el pulso latia 124 veces por minuto. Interrogada la enferma acerca de su mal, le dijo que hacia un mes, estando enferma del período y despues de varios ejercicios fuertes, sintió un dolor en el vientre bajo que la obligó á acostarse, viniéndole luego calosfrio, calentura y detencion del flujo menstrual; así pasaron de seis á ocho dias, al cabo de los cuales se pudo levantar y entregarse á sus ocupaciones domésticas, sin más molestia que un lijero dolor del vientre que le duró veintiseis dias y que en el momento que la observaba comenzaba su segundo dia menstrual, habiéndosele anunciado esta vez su período con grandes dolores en el vientre, cadera y muslos, y que repentinamente el dolor que hacia un mes habia tenido se repitió, pero más fuerte, al grado de ocasionarle un desma-

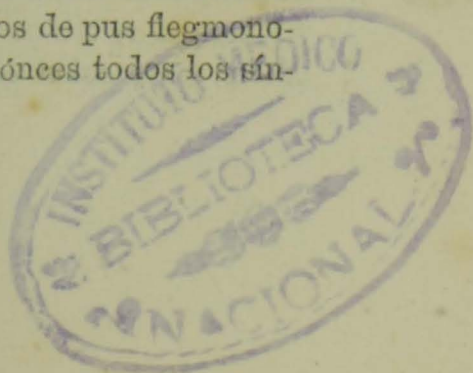
yo y desde que volvió de él estaba en el estado que la encontraba. No pudo hacer ninguna exploracion por parte del vientre, pues que la sensibilidad era tan exagerada que apénas permitia que la ropa de la cama le tocara. El Sr. San Juan, viendo que la asistencia en su casa era muy difícil, le aconsejó se hiciera pasar al hospital "Morelos," á la sala de su cargo.

Al día siguiente ocupaba la cama número 3 de la sala "ORTEGA."

Habiendo desaparecido, aunque en parte, el terrible cuadro de síntomas del día anterior y disminuida la sensibilidad del vientre, procedimos á la palpacion abdominal, por la cual nos dimos cuenta de la existencia de un tumor que desde la excavacion pelviana se extendia hasta unos 10 centímetros arriba del púvis ocupando la fosa iliaca derecha; era globuloso, perfectamente circunscrito, profundamente fluctuante y doloroso á la presion. Al tacto vaginal, un tumor que ocupaba la mitad posterior de la excavacion pelviana, duro, profundamente fluctuante y doloroso á la presion; el útero en situacion normal y aplastado en sentido antero-posterior. Despues del exámen conveniente se hizo el diagnóstico de una hematocele retro-uterina supurada.

El día 25 se procedió á la evacuacion del pus con el aspirador de Potin y se extrajeron 48 gramos de pus sanguinolento y de buena consistencia; desde este día la temperatura de 38° á 39° 5 que se habia mantenido dos días ántes, bajó á 37° 5. Para prevenir la peritonitis ó moderar sus efectos, se le ordenó quietud completa y se le mandaron poner vejigas con hielo al vientre, constantemente renovadas todo el día y toda la noche, dieta absoluta etc., etc.

El día 27 la temperatura volvió á subir á 39° y repitieron los accidentes como ántes de la primera puncion, y viendo que no disminuian, el día 4 de Enero de 78 se hizo un nuevo reconocimiento por la vagina y se encontró el foco nuevamente lleno; se puncionó otra vez, saliendo 60 gramos de pus flegmonoso apénas manchado de sangre. Desde entónces todos los sín-



tomas decayeron, volvió el apetito y todas las funciones se hicieron ya con regularidad. El día 20 de Enero, época menstrual para ella, apareció el flujo catamenial con la abundancia de sus primeras reglas y sin la menor molestia.

Pasado el período se hizo un último reconocimiento, y por la vagina solo se sintió un pequeño tumor endurecido, ocupando el lugar de la hematocele; todo marchó con felicidad, y el 18 de Febrero nuestra enferma salía del hospital pintándose la alegría en su semblante.

#### IV

El día 18 de Enero de 78, el Dr. Andrés Ortega tuvo la amabilidad de invitarme para acompañar á él y al Sr. San Juan, á operar una enferma de hematocele retro-uterina, de la cual me dió los antecedentes siguientes:

El día 28 de Diciembre de 77, fué á mi consulta particular una enferma llamada Rafaela Sandoval, de 39 años de edad, casada hacia 8 años, de temperamento sanguíneo y de buena constitucion; jamás estuvo embarazada; comenzó á menstruar muy jóven y sus reglas fueron siempre *regulares y abundantes*.

Varias enfermedades sufrió, y las que solo pueden tener algun interés para la afeccion que nos ocupa, fueron: hace siete años una metrorragia que duró dos meses, y hace tres una peritonitis expontánea. Llegó quejándose amargamente de un dolor en el vientre que no le permitia moverse sino con gran sufrimiento, no sabiendo á qué referirlo mas que á una cólera que habia hecho al siguiente dia de su último menstrual. Le receté una friega narcótica, encargándole si le era posible volviera al siguiente dia; no volvió, y el día 4 de Enero fuí llamado á su casa; la encontré acostada quejándose del mismo dolor, que era mayor y no solo se limitaba al vientre, sino que invadia el sacro y los muslos; temperatura y pulso normales, anorexia, constipacion y retencion de orina. Para hacer el exámen del vientre,

evacué la orina que era en gran cantidad; habia un tumor ovoide en el hipogastrio, que se extendia un poco á la fosa iliaca izquierda; era blando, fluctuante y doloroso á la presion.

Por el tacto vaginal encontré un tumor voluminoso detrás del útero y francamente fluctuante; el cuello del útero detrás y arriba del púvis. Le ordené un purgante salino y una friega narcótica al vientre; la seguí visitando, haciéndole un tratamiento puramente sintomático.

El dia 17 le supliqué á mi compañero el Dr. San Juan me acompañara á ver á mi enferma y me diera su opinion acerca de ella; él accedió con su acostumbrada amabilidad, y despues de un exámen atento y minucioso me dijo se trataba de una hematocele retro-uterina supurada, y me propuso la puncion con el aspirador; y si esto no daba resultado, haríamos una incision por la vagina para lavar el foco, método que habia puesto en práctica en el hospital "Morelos," en la sala de su cargo, y que le habia dado un brillante resultado como despues fuí testigo. No vacilé en seguir su consejo, y al dia siguiente lo cité junto con Vd. á la casa de la enferma para proceder á la operacion.

El dia 18 de Enero, á las tres y media de la tarde, nos reunimos los Sres. Ortega, San Juan y yo, en la casa número 12 del Puente de la Misericordia. Cloroformada la enferma, cuya tarea se me encomendó, se procedió á la puncion con el aspirador de Potin, haciéndose en el repliegue útero-vaginal posterior en el punto más fluctuante; el Sr. San Juan, con su mano siempre firme, se encargó de esta operacion, y al sacar el punzon de la cánula, escurrió á la botella del aspirador un pus cero-sanguinolento hasta llegar á una libra y una onza. Concluida la operacion se midió el vientre, y habia disminuido como dos terceras partes de su volúmen, y el cuello del útero volvió á su situacion normal.

La enferma por de pronto se mejoró notablemente. A las seis de la tarde volvió el Sr. Ortega y le mandó poner un vejigatorio en el vientre; al dia siguiente, á las nueve de la mañana, la encontró mucho mejor, habia dormido la mayor parte de la



noche, y solo le molestaba el ardor del vejigatorio. A las cinco de la tarde volvió á visitarla y la encontró en medio del terrible cuadro de la peritonitis sobre-aguda, pero circunscrita; él mismo levantó el vejigatorio y lo curó con digestivo; mandó friccionar el vientre con unguento mercurial, y calomel á dosis refracta, al interior.

El día 20 siguió la peritonitis hasta hacerse general; el cuadro no pudo ser más aterrador y la enferma murió el día 21 á las cuatro de la mañana.

No se nos permitió hacer la auptopsia.

## V

Francisca Velarde, de 26 años, de temperamento linfático, ha tenido dos partos sin accidente ninguno; su menstruacion siempre regular y abundante. Entró al hospital "Morelos" á ocupar la cama número 26 de la sala "Ortega" el día 9 de Noviembre de 77. En sus antecedentes no se encontró ningun padecimiento anterior, hasta hace dos meses; cuatro dias despues de su período tuvo que levantar del suelo un baúl bastante pesado, é inmediatamente un terrible dolor le invadió el vientre bajo; sintió sofocarse, desvanecerse, y por fin desmayarse; al volver del desmayo se encontro inundada en sudor frio y momentos despues una calentura que la quemaba; el dolor fué por tres dias tan intenso, que las enaguas que le tocaran se lo avivaban más: calentura, sed, anorexia, constipacion y retencion de orina, fueron los síntomas predominantes. Al cuarto dia el dolor desapareció y la calentura disminuyó, quedando y aumentando la constipacion y la retencion de orina, que solo se pudo dominar por el empleo de purgantes, convirtiéndose la constipacion en una colitis aguda que le duró ocho dias.

Diez dias despues del primer accidente, expontaneamente le volvió el dolor primero, irradiándose á la cadera, muslos y perineo; le aparecieron unas bolas en el vientre bajo, que poco á

poco fueron creciendo, y con ellas una gran molestia para todo movimiento; la constipacion seguia, pues que para evacuar ocurría á lavativas emolientes. En este estado nos vino al hospital. Por el exámen físico, á la inspeccion pudimos notar el abultamiento de todo el vientre, distinguiéndose perfectamente en la region umbilical, á la izquierda y arriba del ombligo, un tumor esférico y bien limitado; á la palpacion, un tumor trilobado se percibia perfectamente. El lóbulo mayor ocupaba la mitad izquierda de la region umbilical, y como cuatro centímetros arriba del ombligo; su forma, cási esférica y francamente fluctuante; hácia el flanco izquierdo un pequeño tumor como un huevo de paloma, y á la derecha extendiéndose un poco hácia el mesogastrio; otro de una dimencion média entre el primero y el segundo; estos últimos tambien fluctuantes y reuniéndose todos como en un pedículo comun en el hipogastrio, hasta introducirse en la escavacion pelviana. Por el tacto vaginal, un tumor saliente empujaba el fondo de saco útero vaginal posterior, y éste, ayudado de la palpacion abdominal, hacian percibir muy claramente la fluctuacion. El cuello del útero aplastado entre el tumor y el púvis, y ligeramente entreabierto.

Sin vacilar en la existencia de una hematocele retro-uterina no supurada, se procedió á la puncion el dia 10, por la tarde, con el trócar más grueso del aspirador de Potin. El Dr. San Juan con mano firme introdujo su trócar en la parte postero-lateral izquierda del cuello del útero, hecho el vacío, y á la salida del punzon solo escurrieron algunas gotas de sangre negra y por mucho que forzamos el vacío no salió más; despues de sacada la cánula siguió escurriendo gota á gota, escurrimiento que duró toda la tarde y toda la noche, todo esto sin ningun accidente.

El dia 12 se hizo una segunda puncion con el trócar más grueso del estuche, en el mismo lugar de la primera, y sucedió lo mismo que con el del aspirador; hicimos una inyeccion de agua tibia con objeto de diluir la sangre, y salió el líquido teñido solamente, lo que nos hizo creer en la existencia de coágulos en

el interior del foco. El Sr. San Juan se determinó á hacer una incision de dos centímetros en el lugar de la puncion, para dar salida á los coágulos que debia haber, y viendo que á pesar de esto no salian introdujo su dedo índice por la incision, y rompiendo unos y moliendo otros, pudo sacar algunos perfectamente formados, hasta donde el dedo alcanzó y pudo fraccionar; llenó luego la vagina de taponos de algodón embebidos de alcohol fénico, y despues, para prevenir los accidentes que pudieran venir por haber tratado tan bruscamente al peritoneo, se puso en quietud absoluta y se le mandaron poner vejigas con hielo al vientre, renovadas constantemente, dieta absoluta, etc., etc. El hielo continuó por dos dias, en los que no hubo de particular mas que ligeros dolores abdominales: la temperatura subió á 38° y el pulso á 112.

El dia 14 comenzamos á hacerle inyecciones detersivas y antisépticas á mañana y noche, introduciendo préviamente por la incision una sonda de goma del núm. 12, que tapaba perfectamente la abertura; el líquido de la inyeccion salia rojo oscuro, trayendo consigo multitud de pequeños coágulos sanguinolentos. Desde este dia, por la noche, aparecieron síntomas de peritonitis circunscrita; el vientre poco doloroso; la temperatura á 38°, y el pulso á 112. Los bordes de la incision estaban tensos y el útero continuaba desviado. Del 14 al 17 los accidentes peritoneales disminuyeron, la temperatura de 38° á 39°, con ligeras exacervaciones por la noche. El líquido de la inyeccion siempre sanguinolento y lleno de pequeños coágulos. Desde el dia 17 el tumor empezó á disminuir considerablemente; los bordes de la incision se relajaron, y hacian más fácil la introduccion de la sonda; el útero volvió á su posicion normal, y el apetito empezó á renacer; la sed á calmarse, la temperatura de 38° á mañana y noche, y el pulso de 76 á 84 pulsaciones por minuto; el líquido de la inyeccion comenzó á ser purulento y á disminuir los coágulos. Así siguió hasta el dia 23, por la tarde, en el que tuvo un acceso de intermitentes, que cedió á la administracion de 1 gramo de sulfato de quinina; desde entónces

no hubo accidente ninguno, y la temperatura no subió de 37° á 37°,5. El líquido de la inyeccion, desde que apareció algo de pus, se cambió por una infusion de quina muy bien filtrada y adicionada de una pequeña cantidad de alcohol y ácido fénico, y despues de cada lavatorio se llenaba la vagina de bolas de algodón empapadas en glicerina fénica. De dia en dia la cantidad de pus iba disminuyendo, hasta que el líquido salia blanco, despues opaco, y por fin claro; al llegar á este resultado, el tumor habia cási desaparecido, y solo por la vagina se tocaba un tumorcito como del tamaño de una nuez grande; siguió disminuyendo, dejando escurrir una que otra gota de pus, y por fin desapareció hasta quedar solo el endurecimiento cicatricial de la incision, llegando á este estado el 20 de Diciembre.

Es de advertir que durante la marcha de esta afeccion, no descuidamos el plan tónico y reparador, de tal manera que al llegar con tanta felicidad á su terminacion la enferma habia recobrado toda su fuerza y vigor que al principio habia perdido.

No habiendo motivo de permanencia en el hospital, se le dió su alta el 15 de Enero de 1878.

## VI

Cármén Rodriguez, de 29 años, de temperamento linfático, á los 20 años tuvo un parto, y un aborto á los 22; desde ese tiempo sus menstruaciones, que siempre fueron regulares, se hicieron muy abundantes durante tres meses; no volvió á sufrir padecimiento alguno hasta el dia 14 de Febrero de 78, época menstrual para ella, y despues de varios ejercicios fuertes durante el dia, á média noche fué despertada por un dolor muy agudo en el vientre bajo, que se irradiaba al sacro y á los muslos. Al siguiente dia el dolor disminuyó un poco y fué acompañado de calentura, calosfrio y sudor, síntomas que con ligeras intermitencias le duraron dos meses á la vez que notaba en el vientre bajo crecerle una bola que del tamaño de un huevo

de gallina, cuando se lo notó por primera vez, le creció en ese tiempo hasta cuatro dedos abajo del ombligo é inclinado á la izquierda. Con el crecimiento de este tumor le vinieron grandes molestias por parte del vientre, constipacion y tenesmo vesical. A los tres meses de llevar su tumor, consumiéndose su organismo cada dia más y más por la existencia de un foco purulento, espontáneamente se abrió por la vagina, dando lugar á un escurrimiento de pus sanguinolento en gran abundancia, trayendo la disminucion del tumor y la desaparicion, aunque en parte, de los síntomas que tanto la atormentaban; á decir de la enferma, pocos dias duró el escurrimiento, deteniéndose despues por completo.

En el mes de Junio fué llamado el Dr. Gazano para encargarse de su curacion y despues de indagar los antecedentes que he mencionado, procedió á la exploracion directa y encontró por la palpacion, un tumor que ocupaba el hipogastrio, extendiéndose á la izquierda de la línea média y como á seis centímetros abajo del ombligo; elástico, renitente, y profundamente fluctuante. Al tacto vaginal, un tumor que ocupaba la mitad anterior de la excavacion pelviana, el útero empujado fuertemente hácia la concavidad del sacro y el cuello muy hácia atrás; el fondo de saco útero-vaginal posterior casi borrado y el anterior muy destendido y empujado hácia abajo por un tumor globuloso, duro, como de consistencia fibrosa y que comprimía en gran manera la vejiga y su cuello, lo que hacia muy difícil la miccion. Al tacto rectal se sentia el cuerpo del útero descansar sobre el recto, comprimiéndolo y dificultando la defecacion.

Diagnosticó una hematocele peri-uterina anterior supurada, y se puso en espera de una buena oportunidad para dar salida al pus por la vagina, por medio de la puncion, pero el endurecimiento continuaba sin dar las menores muestras de reblandecimiento; á los quince dias de la primera exploracion, al llegar á la visita de su enferma, ésta le mostró la orina que habia excretado perfectamente mezclada de pus, y le refirió algunos

signos de peritonitis circunscrita y de una cistitis ligera. Desde entónces el tumor empezó á disminuir y disminuye más y más á medida que el contenido del foco hace su salida por la vejiga, aunque intermitente, pues se cierra y se abre la abertura con largos intervalos que se traducen por la evacuacion del pus junto con la orina.

El dia 20 de Julio el Sr. Gazano tuvo la bondad de enseñarme á su enferma, y de permitirme examinarla á mi satisfaccion.

El resultado de mi exámen no difirió del que el Sr. Gazano tuvo en su primera exploracion, sino en que el tumor habia ya disminuido de volúmen, encontrándolo esta vez á ocho centímetros abajo del ombligo. En cuanto al estado general, habia mejorado notablemente, el apetito habia vuelto y sus digestiones se hacian con regularidad.

La marcha que ha seguido hasta el mes de Setiembre, ha sido con tendencia á la curacion; pues aunque lentamente, el tumor va disminuyendo más y más, ya sea por la evacuacion del contenido por la vejiga, ya por reabsorcion. La terminacion, á juzgar por la marcha, espero será favorable y la enferma curará.

## VII

El dia 6 de Agosto de 1878 acompañé al Dr. San Juan para puncionar una hematocele retro-uterina supurada, que hacia tres meses llevaba una enferma del Dr. N. Ramirez Arellano, quien me dió los antecedentes siguientes:

N. N., de 35 años, jamás ha tenido familia, y sus períodos eran regulares, durando su menstruacion cinco dias por término medio. Desde el mes de Abril comenzó á padecer de dolores en el vientre que le atacaban con mucha irregularidad y de fenómenos dispépticos.

A principios de Junio, tuvo su período y se le suspendió á los tres dias; dos dias despues reapareció, para suspenderse á

los tres dias siguientes, siendo entónces acompañado de dolores en la cintura.

El 14 de Junio tuvo un dolor en el vientre bajo, desvanecimientos, constipacion y orina difícil; estuvo así algunos dias, luego se mejó y decidió levantarse y andar, lo cual hizo que á pocos días recayese con síntomas análogos.

El 2 de Julio comencé á visitarla; me refirió los pocos datos que he mencionado: se quejaba de dolores agudos en el vientre bajo, que le duraban uno ó dos dias y despues se le suspendian durante tres ó cuatro para desaparecer despues, dejando en los intervalos adolorido el vientre y la cintura; habia constipacion fuerte, alguna dificultad en la miccion. Explorando el vientre, encontré un tumor duro, como del tamaño de una naranja, situado al nivel de la fosa iliaca derecha, prolongándose á la parte média y doloroso á la presion.

Por la vagina, ésta estaba caliente y escurria un flujo blanco; el útero cási en posicion normal y móvil; los fondos de saco, sobre todo, el derecho, muy dolorosos á la presion y el posterior más saliente y fluctuante; nada de reaccion febril.

Creí en la existencia de una hematocele retro-uterina y me propuse calmar el dolor del vientre, que era lo único que se presentaba, y de una manera intermitente, por la administracion de narcóticos y un vejigatorio en la fosa iliaca derecha.

El dia 20 aparecieron de nuevo dolores intensos, con calentura elevada, pulso pequeño y muy frecuente, descomposicion de las facciones, sensibilidad muy viva en el vientre y constipacion; vagina muy caliente y muy sensible, útero fijo y el tumor muy marcado en el repliegue útero-vaginal posterior.

Le mandé dar calomel y ponerle hielo al vientre; se calmaron los accidentes despues de cuatro dias, y la enferma volvió á su estado anterior.

El dia 28 supliqué á mi compañero el Dr. San Juan viéramos juntos á mi enferma y me diera su opinion. Hizo su exámen y me dijo que se trataba, á no dudar, de una hematocele retro-ute-

rina supurada y decidimos puncionar el tumor por la vagina, pues que era bastante accesible.

Estos son los principales datos que para esta observacion el Sr. Ramirez Arellano tuvo la bondad de suministrarme.

El dia 6 de Agosto, dia fijado para la puncion, el Sr. San Juan tuvo la amabilidad de invitarme para que los acompañara, y á las doce y media de la mañana me reuní con ellos en la casa de la enferma. Cloroformada ésta se procedió á la puncion por la vagina, haciéndose por el repliegue útero-vaginal posterior con el aspirador de Potin; una vez introducido al trócar y sacado el punzon, se facilitó la salida de un pus sanguinolento por una ligera presion del tumor por el vientre, notándose conforme se vaciaba que su volúmen disminuía notablemente hasta ocupar solo la escavacion pelviana. Concluida la operacion se le puso un vendaje compresivo en el vientre y se le recomendó la mayor quietud. La cantidad del líquido extraído fué como de 500 gramos.

Por espacio de ocho dias no hubo accidente alguno, y sus funciones se restablecieron, á pesar de haber vuelto á crecer el tumor, pero nunca como ántes de la puncion.

El dia 14 de Agosto aparecieron signos de peritonitis circunscrita, y el dia 16 el tumor se abrió por el recto como á ocho centímetros del ano, dando lugar á un gran escurrimiento de pus sanguinolento, sobre todo en el momento de defecar.

Al tercer dia probablemente el escurrimiento purulento dió lugar á una rectitis que le producía un tenesmo constante; con todos estos accidentes volvió la calentura y los signos que á ella acompañan.

Seis dias duró el escurrimiento, al cabo de los cuales, el tumor habia disminuido considerablemente, reduciéndose al tamaño de una naranja chica; el útero volvió á su situacion normal y recobró su movilidad, y el estado general comenzó á mejorar notablemente. Por estos dias la visitó el Sr. Ramirez Arellano y le ordenó un baño general, tibio, despues del cual su alivio aumentó hasta creerse capaz de levantarse.



En los primeros dias de Setiembre, época menstrual para ella, reaparecieron los antiguos accidentes, dolor en el vientre bajo, calentura, calosfrios repetidos, sed, anorexia, etc., durando solo tres dias, despues de los cuales volvió á su estado anterior, sin haber habido el menor escurrimiento menstrual.

Como hemos visto, la marcha que nuestra enferma ha seguido, ha sido de lo más favorable y podemos decir con seguridad que aquella enferma que el dia de la puncion de su tumor hemático, estaba cási en agonía, dentro de muy pocos dias la veremos entregarse con toda libertad á sus ocupaciones domésticas.

### VIII

Sabina Rodríguez de 30 años, de temperamento linfático, tuvo su primera menstruacion á los 14 años, siempre escasa y solo dos dias de duracion; ha tenido tres partos felices y un aborto que le ocasionó una peritonitis. Nada más notable hay en sus antecedentes.

El mes de Febrero de 78, en el primer dia de su menstruacion, hubo algo que la obligó á levantarse descalza y pisar el suelo húmedo del patio de su casa; en ese instante fué atacada de calosfrio intenso, desvanecimientos, sudor frio, y la menstruacion se le contuvo. Al dia siguiente, aunque se sentia molesta, se dedicó á su ocupacion ordinaria; al medio dia las molestias aumentaron más y más, y repentinamente fué atacada de un dolor en el vientre bajo, con tal intensidad, que la obligó á acostarse, viniendo en seguida calosfrio, basca, calentura y sudor. Al tercer dia, los síntomas disminuyeron; poco á poco fueron desapareciendo, á excepcion del dolor que aunque ménos intenso y más soportable, no dejaba de molestarle, sobre todo al evacuar y á los movimientos del tronco. Desde la aproximacion del período menstrual hasta el paso de él, el dolor y los primeros síntomas aparecieron de nuevo, pero no con tanta intensidad.

El día 31 de Mayo entró al hospital "Morelos" á ocupar la cama núm. 21 de la sala "Ortega," y despues de referirnos lo que ántes he dicho, procedimos al exámen físico. A la inspeccion, abultamiento del hipogastrio, sobre todo en la línea media; á la palpacion, un tumor arredondado perfectamente limitado, duro, liso y que subia de la escavacion pelviana á tres centímetros abajo del ombligo. Al tacto vaginal, el cuello del útero dirigido adelante; el fondo del saco útero-vaginal anterior muy ensanchado y el posterior cási borrado; el cuerpo del útero en completa retro-flexion; por el repliegue anterior se tocaba un cuerpo arredondado, remitente y perfectamente limitado, y muy poco doloroso al tacto. Por el recto se sentia claramente el cuerpo del útero comprimiendo á aquel. No habia reaccion fabril y el pulso latia 80 veces por minuto. En vista de los antecedentes se diagnosticó: hematocele antero-uterina con endurecimiento del foco y en vía de reabsorcion.

A los doce dias de su permanencia en el hospital, sin haber habido ántes más molestias que las originadas por la compresion de la vejiga y del recto, llegó su época menstrual y el dolor aumentó tanto á la presion ventral como vaginal; la temperatura subió á 38° y el pulso á 120; no hubo escurrimiento ninguno y á los tres dias volvió á su estado anterior.

El tratamiento que se siguió fué puramente sintomático á la vez que tónico y reparador. La marcha que siguió fué muy lenta, pero con tendencia á la reabsorcion del tumor, pues cada cuatro ó seis dias haciamos una nueva exploracion, y en ella notábamos que su volúmen disminuía, aunque muy poco á poco.

Vino una segunda época menstrual, y entónces los accidentes fueron mucho más benignos que en la anterior; el flujo bajó despues de haberse contenido durante seis meses, y escurrió tres dias, dejando despues de él el tumor mucho más disminuido, pues que en la primera exploracion subia á tres centímetros abajo del ombligo, y despues de esta época menstrual estaba á siete centímetros abajo y más blando á la presion.

La enferma pidió su alta el 19 de Julio de 78, diciendo que las molestias le habian disminuido al grado de considerarse capaz de poder entregarse á sus ocupaciones domésticas; no se le negó, y creo que siguiendo la marcha de su hematocele, como la siguió al lado de nosotros, acabará por reabsorverse y curarse por completo.

## I X

María de Jesus Martínez, de 33 años, de temperamento sanguíneo, sus menstruaciones siempre regulares y abundantes, no tuvo ningun embarazo ni padecimiento alguno por parte del útero y sus anexos.

Entró al hospital "Morelos" á ocupar la cama número 14 de la sala "A. Ortega," con todos los signos de una hematocele retro-uterina, datando de cuatro meses, terminada por endurecimiento y en vía de reabsorcion, pues segun la enferma decia, habia tenido tres meses ántes un tumor en el vientre, que casi le llegaba al ombligo, y en esta vez, prévia exploracion, apenas llenaba la excavacion pelviana; era arredondado y de consistencia blanda y resistente.

Lo que la obligó á entrar al hospital, fueron accidentes de peritonitis que seguramente eran debidos á la aparicion de las reglas, pues tan luego como éstas se restablecieron y con un tratamiento adecuado, desaparecieron los accidentes peritoneales. A los ocho dias pidió su alta; no se le negó, y creo, como en el caso anterior, que terminará curándose por reabsorcion del foco sanguíneo, pues tal es la marcha que ha seguido.

---

Réstame solo dar un voto de gracias á los Sres. N. Ramírez Arellano, Gazano y Ortega, por haber contribuido tan bondadosamente con sus observaciones al completo de mi trabajo; y al Sr. San Juan por no haber despreciado oportunidad de proporcionarme los medios de estudiar, y por los sabios consejos que de él recibí, para hacer con más provecho el estudio práctico de la afeccion de que acabo de ocuparme.

OCTUBRE DE 1878.

*José Reyes Bruciaga.*

