

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Francisco Luciano Alauzet
5

Fran^{co} Lu^{no} Alauzet

Cisur sobre los cuerpos fibrosos del
útero

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Junio 1860

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



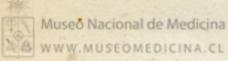
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Francisco Luciano Alvarez

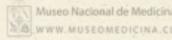


Tesis

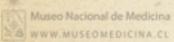
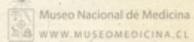
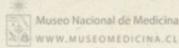


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

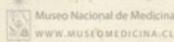
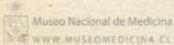
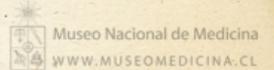
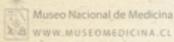
Sobre



Los Cuerpos fibrosos del Utero



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

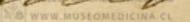


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mirada el 20 Junio 1866

Alvarez
en su memoria



Cuerpos fibrosos del Utero
en el embarazo, el parto
y las consecuencias del parto.



Los cuerpos fibrosos son los que mas comunmente ocasionan lesiones en el Utero, i, al presentarse principalmente en aquel periodo en que este organo esta funcionando, el medico tiene que combatir la perniciosa influencia que ejercen, mientras duro el embarazo, en el parto, i las consecuencias del parto. En vista de esto, creo que, para una tesis, lo mejor es familiarizarse con las indicaciones terapeuticas que presentan estos cuerpos.

Historia.

Hippocrates (lib. V. Epidemias), Fabricio de Hilborn (de partu Casarico) han hecho observaciones sobre los cuerpos fibrosos; pero Levret (art des accouchements) es el primero que haya tratado su ^{sin}to^{ma}logia i establecido su terapeutica. Desde Bichat, es decir desde que nos servimos la distincion de los tejidos, como punto de partida para la clasificacion de los tumores, conocemos mejor la Historia de los Cuerpos fibrosos; la anatomia patologica, mejor estudiada,



Demuestra que los pólipos fibrosos i los tumores fibrosos no se diferencian sino por las fases de la evolución en que se encuentran; la sintomatología ha dado mas luces; se ha reconocido cual era el mejor modo de operar; se ha analizado las influencias que ejercen los cuerpos fibrosos sobre el parto i las consecuencias del parto. A este progreso de la ciencia médica se encuentran ligados los nombres de Roux (mémoires de chir.) de Dupuytren (leçons orales, t. IV) de Hervez de Chégoin, de Velpeau, de Gerdy, de M. Malgaigne, de M. Danyau, de Jarjavay. Enfin M. le Dr. Guyon (Thèse d'agrégation) 1860) ha resumido todos los trabajos que se han hecho sobre los cuerpos fibrosos, i ha descrito su historia completa.

Anatomía patológica.

Los cuerpos fibrosos son constituidos por una reunión de fibrillas laminosas entrecruzadas en diversos sentidos ~~o~~ ^{semirroladas} en una especie de nudo central. M. Lebert el primero a reconocido en los cuerpos fibrosos del útero la existencia de fibras celulósas hipertrofiadas como en la gestación. En medio de estas fibras se encuentra una substancia amarfa-pardusca, mas o menos granulosa. A menudo los cuerpos fibrosos se encrustan de sales calcáreas pero no se osifican como antiguamente se creía. Uno enrejado venoso envuelve los cuerpos fibrosos en la superficie. Este enrejado comunica por una parte con las venas del tejido uterino, por otra recibe las venas del espesor del tumor. Hasta ahora no se han reconocido arterias, conductos linfáticos o nervios.

Los cuerpos fibrosos son duros i elasticos; su tejido rechina bajo el escalpel, i la cortadura se asemeja al color i a la consistencia de los cartilagos invertebrales. Su volumen es variable, los hai del tamaño de una avellana, como tambien que miden hasta setenta centímetros de circunferencia. Por lo regular su forma es esférica, pero se modifica a veces bajo la presión del cuerpo o del cuello del útero. Se encuentran ordinariamente solos; pero algunas veces hai hasta diez ou veinte en el mismo útero, en diversos grados de desarrollo. No tienen continuidad ninguna con el tejido uterino; los divide un tejido celular de anchas mallas que les permite su fácil enucleacion, la que sirve a menudo de base de Kiste i de colecciones sanguineas o purulentas. Pueden ocupar todos los puntos del altura del ancho del útero. Atendiendo al lugar donde nacen en el tejido uterino, se les distingue en sub-mucosos, intersticiales i sub-peritoneales. Esta distincion esta lejos de ser absoluta, i aunque de un modo general puede decirse que los tumores que se desarrollan en un punto cercano de la mucosa o del peritoneo serán casi necesariamente perifericos; es difícil averiguar en ciertos tumores examinados en un cadaver, si habian sido submucosos o subperitoneales. Por esto la mayor parte de los autores quieren que esta distincion se aplique a la mayor prominencia que los tumores producen en la cavidad uterina o en la cavidad peritoneal + o si habian quedado intersticiales.

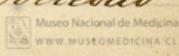
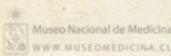
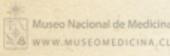
Si el tumor envuelto en una capa de tejido uterino produce una eminencia mas o menos igual en la cavidad uterina que en el peritoneo, se le llama intersticiule si la prominencia de pasa mas en la cavidad uterina que en la peritoneale, o vice versa, le tumor se llama entonces submucoso o subperitoneale. Los tumores submucosos o subperitoneales toman dos disposiciones principales. Ya aparecen separados a las tres cuartas partes, a la mitad, o en una extension todavía menor del tejido uterino, se llaman estos pesiles; ya, aparecen como sostenidos por una pequeña parte en la superficie uterina interna o externa, se les llama entonces pediculados. Cuando afectan esta ultima disposicion se les llama tambien polipos. Los tumores submucosos o subperitoneales, no tienen las mismas referencias con la membrana que los cubre. Es muy raro que los cuerpos fibrosos se encuentren inmediatamente debajo de la mucosa. Casi siempre estan separados por una capa mas o menos espesa del tejido uterino, mientras que el peritoneo cubre inmediatamente los cuerpos subperitoneales. Esta diferencia de referencia de los cuerpos submucosos i subperitoneales, explica la diferencia de constitucion de los pediculos. En los cuerpos fibrosos subperitoneales el pediculo esta formado por el contacto con el peritoneo. Este pediculo, de aparici6n tenue es algunas veces bastante largo para que el cuerpo del polipo pueda flotar en la cavidad peritoneale.

El profesor Cruveilhier, habla en el 3.^o tomo de su *Traité d'Anatomie pathologique*, de un tumor fibroso del peso de 5 kilogramos que estaba atado por un largo pedículo en la parte superior derecha del útero, y que se encontraba escondido en el hipocondrio derecho, en donde apenas sobresalía. Orian (*traité des maladies de l'utérus*) cita, en apoyo de Martin Lefevre, un caso en que un tumor de 3 kilogramos, suspendido por un pedículo muy débil en la parte superior del útero, se encontró en la fosa iliaca derecha. En los cuerpos fibrosos sub-mucosos, el pedículo está formado por el tejido uterino i la mucosa uterina. El largo i el grueso están sujetos a variaciones. Pólipos implantados mas o menos lejos del cuello uterino, se han visto aparecer a fuera sin ocasionar el verso a la cuido de la Matriz. Un punto en la estructura de los pedículos ha preocupado un tanto los cirujanos: es la presencia de conductos vasculares. Unos creían que conductos arteriales i venosos bajaban del útero pasando por el pedículo para dirigirse al tumor fibroso; otros negaban esta disposición. ^{Hoy} ~~En~~ día de hoy, se admite que los conductos que se encuentran en el pedículo son los mismos conductos normales de la mucosa del tejido uterino que forman dicho pedículo; solo que, bajo la influencia de la excitación de la hipertrofia del útero, estos conductos adquieren mayor volumen.

Los cuerpos fibrosos del útero, pueden soportar modificaciones que M. Cruveilhier designa con el

nombre de (Caracteres pathologiquos). Algunas veces el tejido del tumor se ablanda de tal manera que forma una papilla filomiza; otras veces se le infiltra una serosidad ~~exudativa~~ ^{rojiza} que desagrega las masas globulosas, cuya asociacion constituye el mayor numero de estos tumores. Tambien se ha encontrado en el espesor de los cuerpos fibrosos, Kistos con o sin paredes, Depositos sanguineos, collecciones purulentas, coincidiendo con una flebita o una inflamacion del tejido uterino. En fin los cuerpos fibrosos pueden gangrenarse. La membrana que cubre los tumores & sub-mucosas o sub-peritoneales puede sufrir ciertas alteraciones. El peritoneo irritandose, ciertas ~~adherencias~~ ^{adherencias} juntan luego los cuerpos fibrosos con algun punto de la cavidad uterina. Tambien se ha visto, a la mucosa que cubre los cuerpos sub-mucosos hincharse, ulcerarse i tomar adherencia en el canal utero vaginal.

Mientras el útero esta vacío, los cuerpos fibrosos se desarrollan lentamente; por el contrario su desarrollo es muy rapido en la gestacion, se ha encontrado al fin de la gestacion, tumores fibrosos que llenaban la excavacion pelviana, sin que la mujer hubiese sentido antes de la concepcion algo que la hiciese sospechar la existencia en ella de un cuerpo insolito. Esta rapidez en el desarrollo se comprende, si se piensa en la mayor abundancia de materiales nutritivos que determina el embarazo. El cuerpo fibroso, se hipertrofia como el útero, en que ha tomado raiz. Pero despues el parto, el cuerpo fibroso se atrofia como el útero? Algunos hechos permiten de asegurarlo. En una discusion que tubo lugar sobre este punto, en la sociedad



De cirugía (Bull. années 1857-1858) Caseaux citó casos de disminución i aun de desaparición, despues del parto, de tumores, que mientras la gestacion habrian tomado un grand desarrollo. Danyau ha experimentado la misma atrofia, pero no de una manera tan pronunciada como dice Caseaux. M. Huguier no admite que un tumor fibroso unilobular pueda desaparecer; cuando mas, puede atrofiarse, si adhiere al tejido uterino por un pediculo pequeño, cuando este organo cesa de sentir las congestiones menstruales. Pero existen otros tumores que pueden confundirse, sobre un sujeto vivo con esta primera variedad, que pueden enganar por su evolucion i atribuir a los tumores fibrosos unilobulares, transformaciones imposibles a estos últimos. Una de las principales variedades son los tumores fibrosos multilobulares que se encuentran ligados entre ellos por tejidos que se congestionan i que aumentando de volumen, bajo la influencia de la periodicidad menstrual o de la gestacion, pueden hacer crecer a un aumento general de un tumor fibroso, mientras que tal cosa no existe. Esta última variedad, sola, del tumor fibroso, presentaria, segun Bran, las modificaciones, que, como mas arriba hemos dicho, presentan algunas ^{semjanzas} con los cuerpos fibrosos.

Influencia de los tumores fibrosos en el período de la Gestacion

Los tumores fibrosos no constituyen un obstaculo a la fecundacion. Solamente, si de ante mano han producido accidentes, tales como flujos, perdidas, se comprende que las probabilidades de fecundacion disminuyen.

Aunque existen ejemplos que prueban que los cuerpos fibrosos pueden no ocasionar ningún accidente en el período de la Gestación, sin embargo, otras veces, los cuerpos fibrosos determinan el parto prematuro. Pueden producir en sí, hemorragias, i' flegmas que no dejan de tener acción sobre el estado general de la mujer.

He aquí lo que leemos en una memoria de M: Danyau, insertado en el Journal de Chirurgie année 1846 page 172) Meriman cita el siguiente hecho:

Una mujer de 35 años que después de un mal parto que había tenido algunos meses antes, estaba sujeta a leucorreas frecuentes i' algunas veces a pérdidas se inquietaba i' con razón, en el nuevo embarazo en que se encontraba de la vuelta frecuente de estas hemorragias, sin embargo no tuvieron otro efecto que debilitarla i' ponerla pálida sensiblemente. Por lo demás el embarazo continuaba de marchar regularmente, hasta que en el octavo mes, habiendo sentido, después de tres días de constipación, necesidad de obrar, sintió en medio de los esfuerzos que hacía, que un cuerpo extraño atravesaba la vulva.

Alamado cerca de ella, Meriman tomó el tumor por la cabeza de un feto de cinco meses, pero, por una exploración más atendida, reconoció luego que era un polipo, cuyo pedículo del ancho de una pulgada, estaba pegado adentro del orificio del lado derecho. Se

administró un purgante, se redujo el tumor, i' se colocó la enferma de espaldas en una posición horizontal. Decidido a delivrar desde luego esta mujer del tumor,

procedió desde el siguiente día a la ligadura del pedículo, después de haber tirado afuera el pólipo, lo dejó de nuevo en seguida apretó el hilo dos veces de dos en dos días. Horas después de la última construcción el tumor se separó. La operación había sido poco dolorosa, i en fuera de algunas sintomas inflamatorias que se disiparon fácilmente, tubo el éxito mas feliz. Se siguió principalmente sin mejoramiento notable en el estado general, i el parto, que se efectuó un mes después fue ligero e fácil. Fue sin embargo fatal al niño quien sucumbió por la fuerte constricción del cuello, por una circular del cordón. En cuanto a la madre se restableció completamente.

Así pues; la influencia de los cuerpos fibrosos en el curso del embarazo, puede ser nula; otras veces, sin embargo, producen o el aborto o el parto prematuro otras veces enfin, no ocasionan mas que la debilidad debida a las perdidas i flujos a que dan lugar.

Diagnóstico.

El diagnóstico de los cuerpos fibrosos del útero, presenta varios puntos difíciles. ¿Como diferenciarlos del embarazo, cuando están contenidos en el útero; del hematócele; de los kistos; de los tumores ovaricos; de los tumores que nacen en los ligamentos anchos; o en las paredes del bacinete; cuando se desarrollan del lado derecho del peritoneo. Pero, supongamos el embarazo reconocido, el problema consiste en averiguar, si está complicado de cuerpos fibrosos i a determinar la posición que afectan.

No existe dificultad alguna cuando son pediculados i libres en el vagina. El dedo puede contorniarlos, i reconocer el punto donde se implanta el pedículo. Si el cuerpo fibroso está situado en el espesor del cuello, o ~~haya~~ nacido inmediatamente ^{encima} ~~debajo~~ del cuello, cualesquiera, por lo demas, que sea la disposicion que afecte ~~en~~ perteneciendo a los cuerpos fibrosos sub-peritoneales, i ocupa la excavacion, el diagnóstico se hace mas difícil. La ausencia del movimiento, la apreciación de una superficie abollada, de consistencia dura, serán elementos que deberán servir a apoyar la idea de un tumor formado por toda cosa ajena a las partes fetales.

Si el cuerpo fibroso se encuentra desarrollado en la pared anterior del útero, el relieve que forma no puede hacer sospechar mas que su existencia.

En cuanto, a los que nacen en la pared posterior, es del todo imposible diagnosticarlos.

Prognóstico.

Los cuerpos fibrosos del útero son un pronostico grave, pueden comprometer el embarazo i traer según su disposicion i volumen, obstáculos mas o menos grandes a la expulsion del feto.

Indicaciones terapéuticas que los cuerpos fibrosos presentan en el curso del embarazo.

Mas arriba hemos dicho que el diagnóstico de los cuerpos fibrosos no era posible mas que cuando estaban pediculados i pendientes en la vagina.

o que ocupaban el espesor de uno de los labios del cuello, o la parte inferior del cuerpo del útero o la excavación del bacinete. El médico no debe intervenir, mas que en el caso en que el tumor fibroso comprometa el embarazo, i que vea en las disposiciones, en que se presenta el cuerpo fibroso, la expulsión del feto imposible.

Así hemos visto, en la observación de Merriman, el éxito completo de la ligadura del pedículo del pólipos.

En un caso semejante citado por M. Marchal (de Labri) (Ann. de la chir. franc. et étrang. 1843) M. Dubois se proponía hacer la ligadura de un pólipo fibroso pegado en el cuello ^{del útero} de una mujer encinta; cuando tuvo que ausentarse. A su vuelta, la enferma había tenido un aborto, i el pólipo había sido expulsado. Por otra parte, M. Danyau refiere que Franck (de Berlín) habiendo ligado sucesivamente tres pólipos situados en el orificio uterino, ocho días después, de la última operación la mujer abortó de dos meses i medio de embarazo.

Roschney d'Astorro, habiendo ^{encontrado} en una mujer encinta de cinco meses, un grand pólipo cuyo pedículo era grueso i nacía en el orificio, que se hallaba muy abierto, hizo la sección del pedículo con unas tijeras largas. En su memoria para la agregación, M. Guyon después de discutir estos hechos, i haberse preguntado si es preciso operar un tumor pediculado antes del parto, se pronunció por la expectación, a menos de accidente que comprometa el embarazo.

⁺ el aborto fue la consecuencia.

Creemos, que es el partido mas prudente. Apesar de la

Sencillez de la operación; apesar, del buen éxito de Merriman, que cuando una mujer encinta se presenta con un tumor pediculado i aun voluminoso pero sin tener flujos o perdidas, es preciso evitar de intervenir con una operación para no aventurar el éxito del embarazo. Pero, si hai accidentes que obligan la seccion del pólipo? que metodo sera preciso emplear? ~~En~~ la torsion i el arrancamiento, en un momento en que el útero es tan pronto para sentir las excitaciones estrangeras, seria contra ^{al} fin que se propone. Mas vale emplear la ligadura simple, el Ecraseur lineal, la ligadura estemporanea, la excision; Desde que se ha reconocido, que el pediculo no tiene conductos bastante voluminosos, para ocasionar con su seccion una hemorragia inquietante, la excision es el metodo preferido. He aqui como se opera segun segun M. Malgaigne; Se toma el pólipo que existe en la vagina con pinzas de Museux i se atrae hasta la abertura de la vulva, que es preciso ~~hacerle~~ ^{hacerle} ~~atravesar~~ ^{atravesar} el pediculo se encuentra a la vista, i entonces se corta con un bisturi o con fuertes tijeras concavas.

Cuando se reconocen cuerpos fibrosos que tienen su sitio en el espesor del cuello, o en la parte inferior del cuerpo, el tratamiento a oponer contra las amenazas de aborto o de parto prematura, no puede ser mas que paliativo, i consiste en los mismos medios que se emplean cuando el aborto reconoce otra causa. Sanguia; si hay plethora, lavativas laudanizadas, cama, Descanso absoluto del cuerpo i del espiritu,

bebidas temperantes, alimentos livianos.

Influencia de los cuerpos fibrosos sobre el parto.

Los cuerpos fibrosos para ser obstaculo al parto deben encontrarse en ciertas condiciones de volumen de sitio, de disposicion. En este capitulo vamos a tratar de enumerar estas condiciones. Los tumores fibrosos sub-peritoneales son pedunculados o sesiles. Puesto que los que son pedunculados pueden cualesquiera que sea el sitio donde nacen, caer en la cavidad pelviana, se comprende que, segun su volumen, traigan dificultades mas o menos serias para el parto. Como lo prueban los ejemplos siguientes:

El 15 de Noviembre 1864, entro en la Clinica una mujer llamada Amanda P. de 43 años de edad encinta por la septima vez i con dolores desde mas de 15 horas. Se presento en las condiciones siguientes: los primeros dolores habrian comensado el dia anterior a las diez de la noche, i las membranas habrian sido rotas por una matrona, el 15 a la una de la mañana. A las seis, viendo que el trabajo no adelantaba, la matrona le administro cuatro dosis de Secal, lo que aumento los dolores, sin determinar el empeno de la cabeza. Entonces se llamo otra matrona, la que al reconocer la existencia de un tumor en la escavacion pelviana, llamo, para que interviniese, al profesor Depaul. El examinó la mujer el 15 a las 12 i media, i observo los hechos siguientes: el abdomen está hinchado, el útero inclinado a la izquierda

ofrece las dimensiones que tiene un embarazo al termino. A la
 derecha i mas abajo, debajo del pubis, hai un tumor duro
 esférico, situado en la cavidad abdominal, i formando a fuera
 un relieve notable; este tumor, que parece ser constituido por
 la cabeza del feto, levanta la pared abdominal i determina la
 proeminencia indicada. Esta ultima se encuentra separada
 del tumor uterino principal, por una depression muy marcada
 situada al nivel del ombligo; que, en esta mujer esta situado un
 poco bajo. Dolor vivo i permanente en el fondo de la matriz,
 contracciones fuertes i sostenidas. La escultacion revela la
 existencia de los ruidos del corazon del feto, al nivel del
 ombligo un poco a la derecha. Por el tacto: el cuello se
 encuentra enteramente dilatado a la derecha, i hacia adelante
 en la tercera parte de su estension; mas o menos; a la
 izquierda i atras, por el contrario, un relieve notable formado
 por las otras dos partes del cuello, que en este punto no es
 nada escondido. Por el cul-de-sac vaginal bastante profundo
 que existe al nivel de esta parte no escondida del cuello, percibe
 con el dedo, un tumor considerable de la pared uterina, situado
 inmediatamente debajo el cuello; sin embargo, este tumor
 es mas accesible por la superficie interna de la matriz;
 es duro, resistente, i parece como incorporado a las paredes
 del organo, i no hace relieve brusco ^{en} la superficie del
 utero. M^o Depaul, juzga que este tumor obstruye
 mas de las ^{dos} terceras partes izquierdas posteriores del estrecho
 superior de la excavacion, i que no deja libre mas que la
 tercera parte derecha i anterior. Por esta parte libre es
 posible de llegar hasta el feto; la cabeza, al presentarse,

Se queda muy elevada, i aparece como enclavada entre la parte lateral derecha del estrecho superior, i se teme que le impide bajar; una pequeña ^{gorra} ~~gorra~~ sanguinea cubre la cabeza, i un examen atento, hace reconocer una sutura. M. Depaul, no juzgando todavía, a proposito de intervenir, envia esta mujer a la Clínica a donde llega a las tres de la tarde.

Esta mujer, habia sido reglada a los 13 años, sus épocas menstruales, regulares, duraban ocho dias, i eran poco abundantes.

Desde su segundo casamiento, que ha tenido lugar hace cinco años, el flujo catamenial, siempre ha sido poco abundante, i no dura mas que tres o cuatro dias. Esta mujer, nunca ha tenido perdidas, ha tenido seis partos anteriores muy naturales que no ha presentado nada de particular, sino que el último ha sido mas largo que de ordinario; i que el cuarto dia después del parto, habia tenido apariciones de inflamación peritoneal. Ningun accidente ha sobrevenido en estos seis embarazos; fuera de Narices desde el pie a la ingle que han persistido después del segundo parto. Al principio de cada menstruación, i en el embarazo, estos varices se hacian dolorosas.

La última aparición de las reglas, tuvo lugar el 5 de febrero 1864. Nada de particular en los antecedentes. Su madre habia muerto de un cancer del Seno, i el padre de una pneumonia; sus hermanos gozando excelente salud. A las seis M. Depaul juntamente con M. Gueniot observan que el estado de la mujer i los fenomenos del trabajo no son sensiblemente modificados. Solo la cabeza es accesible, i parece haber entrado un poco en la resurrección. Los latidos del corazón del niño son mas oscuros i muy irregulares, el meconio sale en abundancia.

La mujer estaba enteramente privada del líquido amniótico. El dolor, fijo en el fondo del útero continúa siempre muy viva. La mujer está cansada, se queja a cada instante. El pulso conserva 75 latidos por minuto. Las contracciones uterinas, son fuertes, dolorosas e continuas.

En estas condiciones, la oscultación revelando un desorden considerable en los ruidos cardíacos del feto, i sus probabilidades de vida estando desde entonces consideradas como nulas; por otra parte, el dolor fijo en el fondo del útero, juntamente con un cierto grado de eretismo en el órgano, que hacía temer una ruptura, M. Depaul creyó deber intervenir i practicar la perforación del cráneo del feto. Después de bautizado el niño, Depaul introdujo en la cavidad uterina las tijeras de Smellie, mientras que M. Gueniet, aplicando las dos manos sobre la matriz, inmovilizaba el órgano i fijaba la cabeza en el estrecho superior. La operación se hizo sin dificultad, i seguida de un flujo considerable de una substancia cerebral mezclada con sangre. El trabajo fue en seguida abandonada a la naturaleza, i a las ocho i cuarto de la noche, es decir dos horas después de la perforación del cráneo, el feto fue expulsado espontáneamente. El alumbramiento fue natural; sin hemorragia, pulso a 76; la mujer tranquila; el útero duro, contractado, había subido de algunos dedos más arriba que el ombligo, i se encuentra menos inclinado a la izquierda que en el trabajo. El placenta i las membranas, nada ofrecen de particular. El niño es de sexo femenino, pesa 3300 gramos, sin contar la mitad más o menos de la substancia cerebral que se había salido después de la perforación. Su largo es de 53 centímetros, el diámetro

occipito-frontal 11 centímetros i medio, el occipito-mentonero 13; el biparietal de g. el suboccipital bregmático de g. El cordón media 78 centímetros de largo

El 16 la enferma sufre a las 11 de la mañana un violento calofrío, seguido de calor i sudor, como tambien un dolor vivo en el abdomen. Su cara estaba congestionada i demostro el sufrimiento.

Hay un poco de agitacion, la respiracion es ligerament acelerada. Ademas del dolor continuo del abdomen, hay ademas retortijones uterinos intermitentes. El útero, situado en la linea mediana, se ha subido hasta 6 centímetros arriba del ombligo. La piel esta humida, el pulso a 108.

Visita de la tarde. El pulso a 108, piel humida quejas continuas, útero duro, voluminoso, subiendo mas arriba del ombligo, retortijones uterinos volviendo cada cuarta de hora, muy distintas del dolor que ocasiona la presion en el hipogastro, sobre todo en la fosa ilíaca izquierda.

Cataplasma con opio - La tarde a las seis - 108 pulsaciones; quejas continuas, micciones, guardias opios espontaneas, dolor hipogástrico, persistencia de los retortijones uterinos, dolor al hombro izquierdo, irradiando hacia el cuello i el brazo. Un cuarto de lavativa con laudanum - El 17, El

dolor del hombro ha sido excesivo en la noche, nada de sueño. Cara congestionada, fisionomia ansiosa, piel caliente, humida, pulso a 116, largo i poco fuerte, ningun calofrío; lengua un poco blanquisca; sensibilidad general del abdomen;

cesacion de los retortijones, despues de la lavativa laudanizada.

El dolor del hombro izquierdo se hace solo e todo sentir debajo del acromio; ninguna hinchazon aparente de la articulacion.

Julepe Opiáce - El 18 - Cara congestionada, pulso a 116,
 respiración acelerada, lengua un poco seca, la enferma ha
 obrado varias veces en la noche, el dolor abdominal continúa,
 vuelta de los retortijones, meteorismo ligero. En el hombro
 izquierdo, la presión aumenta el dolor sobre todo en la
 superficie anterior de la articulación, está un poco hinchada
 nada en las demás articulaciones. En la tarde, mismo estado,
 grave, con 135 pulsaciones; en el miembro inferior izquierdo,
 cordon rojo, sinuoso muy doloroso sobre el trayecto de la
 vena safena interna; Desde la muleola interna hasta el
 el pliegue de la uña. - Tomentos de agua de malva sobre
 los varicos inflamadas. - El 19 - Abatimiento de la
 enferma, color subictérico, lengua seca, i sed viva, bal-
 orrimiento pronunciado, dolor menos vivo en el hombro
 izquierdo, pequeño dolor en la masa carnuda del antebrazo
 derecho. Varicos inflamadas en toda la estension del miembro
 inferior izquierdo, que se halla considerablemente edematoso.
 - Julepe con 2 granos; tintura de Scirita 50. Sulfato de
 Sulfato de quinina en 3 pulveras, dos tarros de tisana con
 jarabe de grosella, unguento napolitano sobre el vientre
 i las varicos - Tarde - Color subictérico mas pronunciado,
 quejas continuas, balorrimiento extremo, 44 respiraciones
 por minuto, Vomitos biliosos, dolor en la puntoriella derecha
 dolor en la masa carnuda del antebrazo al hombro. -
 El 20 - Muerte a las 3 de la mañana. Opusición
 a la autopsia. La matriz sola pudo ser examinada.
 Mientras la extracción del útero practicada al través
 de un pequeño agujero en la región hipogástrica, se ven

hincharse extremadamente con gases los intestinos, i la inyección del peritoneo que no aparece contenir mucho mucho líquido. El útero presenta un volumen ^{conveniente para} ~~propio~~ de la época reciente del parto; las trompas están rojas, hinchadas, inflamadas. Sobre la face interna del útero, se ve un tumor envuelto en la mucosa uterina, pediculado, pendiente en la cavidad uterina i esférico; presenta un diámetro d. 8 cent. i una circunferencia de 26 centímetros. El pedículo tiene 3 centim. de largo con el mismo ancho, está implantado en la conjunción del cuello con el cuerpo del útero, a la izquierda i un poco atrás. El tumor está constituido; 1.º por un nudo muy duro del tejido fibroso. 2.º por una capa cortical, blanda, irrefiltrada, que tiene, mas o menos un centimetro de ancho, formado por el tejido uterino (mucosa i fibras musculares).

Pero, otras veces, el pedículo es bastante largo, o el útero se baja bastante para que el cuerpo fibroso, bajo la influencia de las contracciones uterinas puede atravesar el orificio de la vagina; entonces el parto no presenta nada de particular, sino que según el volumen del cuerpo, el parto es mas largo o mas doloroso. En un caso referido por M. Danegau (Journal de chirurgie. 1846 p. 173) una matrona que atendia a una enferma, reconoció en la vulva un tumor que no presentaba las caracteres de la cabeza del feto, i que no parecia, ^{que} fuese arrojada hacia a fuera; pasando la mano por debajo, sintió los pies del niño. Los tórax de este modo habia sacado vivo un niño pequeño de 7 meses de medio; en esta extracción que se hizo sin esfuerzos, el tumor habia sido ahogado mas abajo, i desde

Del tumor, se sale mas alla de la vagina.

Cuando los cuerpos fibrosos son intersticiales i que tienen su sitio en la parte superior del cuerpo del útero, la expulsión del feto se hace como en el estado normal. Apenas se producen un poco de irregularidad en las contracciones. Cuando el cuerpo fibroso es intersticial i existe en la parte superior del cuerpo o del cuello produce una estrechez que se asemeja a lo que resulta de una conformación viciosa de los huesos del basinete.

Puede citar el hecho siguiente: Una Señora de 32 años madre de 13 hijos, estaba en los 7 meses i medio de su cuarto embarazo. Hacía tres semanas que perdía constantemente un poco de sangre por la vulva, i desde cuarenta ^{horas} las membranas estaban rotas, cuando M. Danyau fue llamado en la noche del 3 al 4 de Abril. Por el tacto vaginal, el dedo encontraba, desde luego, un tumor voluminoso que ocupaba casi toda la excavación pelviana; el tumor parecía inmóvil i clavado en el basinete, bajaba mas abajo del labio inferior, i se extendía interiormente desde la sínfisis pubiana, de la cual no distaba mas que de dos a tres centímetros, hasta la cavidad del sacrum que llenaba enteramente, i donde el tacto rectal la hacía muy bien reconocer. Sus límites superiores no podían determinarse. La pared posterior del cuello estaba seguramente tocada, pero no se podía afirmar lo mismo, en cuanto a la pared posterior del cuerpo; era regular i redondeado. Su consistencia general era bastante dura en su parte anterior i aun inferior el tejido era a lo menos en la superficie, blando, desigual casi hongo. No era nada sensible. Este tumor se había

Desarrollado probablemente de un modo rápido sin que la enferma
 la sintiese, en lo que, no había ocasionado ningún desarreglo.
 A las seis semanas de estar encinta había sido visitado por
 el doctor Fabre, quien no había encontrado nada. El profesor
 Pajot, con su mano habiendo provocado algunos movimientos
 en el fondo del útero, reconoció que estos movimientos se
 comunicaban al tumor; debilmente es verdad, pero de un modo
 evidente. Esta experiencia le dió entonces la certidumbre que
 este tumor no era otra cosa que el labio posterior deome-
 didamente inflado, i el que desde luego le había parecido
 que faltaba. De esto concluyó que tenía que operar sobre
 un enorme cuerpo fibroso del útero desarrollado en el labio
 posterior del cuello uterino. M. Pajot resolvió de extraer
 este tumor por enucleacion. La operacion fue fijado
 para el día 5 a las cuatro de la tarde. Se colocó a la enferma
 encima de una cama sobre un colchon en la posicion
 conveniente. El index i el dedo medio de la mano izquierda
 fueron introducidos al trayecto de la uretra, la vagina i cuello
 uterino, hasta el orificio uterino i con el bisturi dirigido por
 la mano derecha, se hizo una incision que la presencia del
 perineo, impidió llevar desde luego hasta abajo; el index
 i el medius de la mano derecha llevados hasta el nivel de
 la incision, principiaron la enucleacion a derecha i izquierda.
 M. Pajot trató enseguida de enuclear la parte inferior
 del tumor, enseguida con unas tijeras continuó la incision
 del bisturi, hasta la insercion de la vagina. Despues con la
 ayuda de fuertes pinzas de Museux, plantadas en las partes
 de mas en mas superiores del tumor i que lo atraian para

abajo, la enucleacion fue estendida con los dedos de la mano izquierda, i de la derecha llevados en todos sentidos. Llegó un momento en que el tumor penetró en la vulva, i la ^{placenta} ~~membrana~~ tan exactamente que fue imposible penetrar con los dedos. se dividió en dos partes el tumor i se extrajo completamente.

Llevando entonces la mano en el orificio interno, bajó ^{encuentro} no solamente un pie, sino tambien la cabeza i una mano. Se trataba de una presentacion del vertice

con doble procedencia, el pie bajó sin trabajo, pero el ^{traxero} ~~traxero~~ no pudo pasar, sino despues de tres pequeñas aperturas hechas, sobre el orificio interno. El tronco, los brazos i la cabeza pasaron sin dificultad; para extraer el placenta hubo facilidad.

El niño estaba muerto, ~~hacia~~ ^{aun} ~~muerto~~, algo en putrefaccion.

Habíase empleado para esta operacion como las cuartos de hora de ~~traxero~~. El doctor recetó tres dosis de ^{Secal} ~~Secal~~ para asegurar la retraccion del útero. La paciente luego se restableció.

El tumor, que el profesor de partos presenta a la Academia tiene todas las apariencias de un cuerpo fibroso del útero. Pesa 650 gramos, su mayor diametro es de 15 C. mientras el largo y espesor tiene 9 1/2 centímetros.

Diagnostico.

Siendo un hecho que los cuerpos fibrosos no influyen en el parto, ~~por~~ ^{sino} cuando estrechan el canal útero vaginal, el tacto es el unico medio para dar a conocer el estado de las fibras.

^{El} ~~El~~ ^{mas} ~~mas~~ ^{agudado} ~~agudado~~ ^{lo} ~~lo~~ ^{mayor} ~~mayor~~ ^{de} ~~de~~ ^{la} ~~la~~ ^{mas} ~~mas~~ ^{es} ~~es~~ la cabeza del feto que se cree pulsar al tocar este tumor fibroso. Un examen atento ayudará para evitar este error; los caracteres que demuestran la cabeza

a veces muy fáciles, así también en otras ocasiones presentan dificultades para los mismos maestros de nombre; no olvidemos respecto a este caso que el cuerpo fibroso que tenía un pedículo de tres centímetros de largo, parecía estar incorporado a las paredes uterinas.

Pronóstico.

El pronóstico cambia de face según como se presente el tumor fibroso, y a propósito de la influencia de los cuerpos fibrosos sobre las consecuencias de los partos, citaremos algunas observaciones donde el feto espulsado, no ha ocurrido nada de particular, para dar lugar a sospechar la existencia de un cuerpo fibroso en el útero. Cierta es que en tales casos, el tumor estaba formada en la parte superior del cuerpo. En los casos cuando el cuello o estrecho inferior del cuerpo es el lugar de un cuerpo fibroso el parto se puede espontáneamente hacer, siendo de un pequeño volumen. Pero si fuese de un volumen mayor el parto exigiera un intervención, la cual puede variar de genero según la parte que afecta. Así a veces no consistirá esta intervención ^{suas} que en la ligadura o la sección de un pedículo; como otras veces se deberá ocurrir a la operación. Pero, sea dicho en general, ^{en} los casos de cuerpo fibroso del útero, es tan grave el pronóstico para la madre como para el niño.

Indicaciones terapéuticas que los cuerpos fibrosos ofrecen durante el parto.

Los cuerpos fibrosos causan un obstáculo al parto, razón a la estrechez que producen. De lo que nacen dos cuestiones:

¿Puede hacerse desaparecer la estrechez, sea moviendo de lugar el cuerpo fibroso, o sea quitándolo? o si se logra esta desaparición, que medio debe emplearse para finalizar con el parto? Mas arriba hemos dicho que los cuerpos sub-peritoneales pueden ser sesiles o pediculados. En esta última dificultad se debe echar ^{los} por encima del estrecho superior. Así ha obrado Moreau en el caso de un tumor ovarico bajado en la escavacion. Pero un tumor sub-peritoneal pediculado no siempre conserva su independencia ~~de~~ por que forma adherencias con las diferentes partes que estan en la escavacion. Por un caso observado por M. Blot fue notado que adherencias recién desarrolladas ligaban el tumor al recto, en cuyos casos la estrechez es permanente.

Cuando el tumor es sesile depende su influencia del lugar en que se halla. Si ocupa la parte superior del cuerpo, cuando mas puede atraer contracciones internas irregulares, lo que no pide un tratamiento especial, pero si se desarrollare al segmento inferior del cuerpo, por la ^{pared} ~~pared~~ anterior o posterior del cuello, entonces causa estrechez? Debe entonces opinar con Merriman sobre lo que ha dicho de los tumores del ovario, caidos en la escavacion que no han contraido anchas y numerosas adherencias con las partes contiguas? No hemos hallado hasta ahora que se hubiera pensado de sacar el tumor sub-peritoneal, de ~~este~~ ^{este} ancho cuando estrechez, Así que se puede ^{asegurar} ~~asegurar~~ que habiendo tumor sub-peritoneal del segmento inferior del cuerpo i del cuello, la estrechez es normal.

Ya hemos dicho que el tumor *submucoso* puede ser pediculado o *sesil*. Teniendo el tumor un pedículo puede ser de gran dimension, o bien el útero facilita que se deprime afin que el cuerpo del tumor puede ser echado fuera de la vulva; entonces la única causa que queda de resolver, es lo que ~~para~~ se debe hacer ^{con} del cuerpo fibroso. En un capítulo referente a la influencia de los cuerpos fibrosos en las consecuencias del parto, trataremos este punto. Pero también puede presentarse ocasiones donde el cuerpo del *polipo* no puede sobrepasar la vagina; ^{lo que se ha de hacer} ~~esto lo indica~~ es tomar ^{ligarlo} ~~amarrarlo~~ el pedículo, ^o hacerle una incision o también colocar una ligadura, debajo de lo cual se debe hacer una seccion. En fin se puede emplear el instrumento de M. Chassaignac.

En un caso que M. Chassaignac dio cuenta a la sociedad de cirugía (Bll. Año 1858) el empleó el forceps para el *polipo*, conduciendo en seguida su instrumento sobre las ramas del forceps. En otro ejemplo, en el cual el dedo no tenia suficiente comodidad para obrar; razon del volumen del *polipo*, M. Jobert de Lamballe aseguró ^{primero} el cuerpo ⁱ ~~corrañó~~ ~~construcción~~ al pedículo despues. Aunque las mujeres que presentaron estos ejemplos, no estaban embarazadas, creemos el procedimiento de operacion, que emplearon los dos eminentes Cirujanos, ^{que} pudiera usarse en iguales circunstancias al tiempo del trabajo. Si fuese el pedículo corto i espeso ~~tratare~~ de empujarlo por encima del estrecho superior. Se ha visto mas arriba en la observacion comunicada por el Dr. Pajot como la extirpacion del cuerpo fibroso.

facilita el parto. Dicho tumor hizo una incision sobre la ^{pared} ~~pared~~ libre se empezó ^{en} enuclear el tumor con los dedos, y empleando tracciones y tijeradas con moderacion y a tiempo, consiguió sacarlo ~~al~~ ^{completamente} completa. El ^{modo} ~~modo~~ de operacion parece sencillo, pero la profundidad de las partes ^{hace} ~~hace~~ la operacion ~~de~~ ^{delicada} ~~delicada~~ ^{delicada} i con mayor motivo, si el tumor está situado mas arriba en el segmento inferior del cuerpo.

Quedanos examinar los casos en los cuales no se consigue hacer operacion del tumor, o en que el refu-
lamiento al estrecho superior es imposible. La estrechez ocasionada es inmutable, estable, y todos los medicos en punto se han comparado a la estrechez, ^{que} ~~que~~ es la consecuencia de una formacion viciosa de los huesos del bacinet. Las indicaciones terapeuticas son las mismas en ambos casos. Nos limitaremos ^{en} ~~en~~ enumerarlas; si la estrechez es tal que el bacinet tiene al menos 9 centim i medio en su mas pequeño diametro, se puede esperar, pues, el desembarrago puede hacerse de por si. Pero una vez que las membranas se hallan rotas, si las contracciones uterinas han trabajado mucho tiempo se debe emplear el forceps. ^{Si} ~~Si~~ el niño se presenta por la cara, en lo general, tratase de cambiar en lo mas posible esta posicion de la cara en la ^{vertica} ~~vertica~~ ~~vertica~~, y obrar como si el niño conservaba su posicion primitiva. No obteniendo esta inversion, ya se ha indicado la posicion pleviana; si la estrechez es tal ^{que} ~~que~~ que el bacinet ofrece 9 centimetros i medio a lo sumo i 6 centimetros al menos; siendo que el

niño está muerto, se puede hacer la perforación del cráneo.
El niño estando en vida, aplíquese el forceps, y en caso
de mal éxito con este instrumento, ensayase la versión
pelviana. Pero si todos estos esfuerzos fueren vanos queda el
recurso de la Embriotomía y operación del hilo, la madre
no admitiendo el primer sistema. Son pues los únicos
recursos que ~~quedan~~ ^{quedan} ~~estas últimas cosas~~, cuando el bacínete
no tiene parte libre, ^{mas} que en una latitud de 6 à 5 centímetros.
Menos que 5 centímetros no queda mas esperanza que
en la operación del hilo.

Influencia de los cuerpos fibrosos en las consecuencias de los partos.

Mas arriba hemos señalado que apesar la presencia
de cuerpos fibrosos en el útero el curso de la gestacion es
como lo acostumbrado, el desembrago se operaba
normalmente. Pero una vez el feto sacado, los cuerpos
fibrosos obran como si ~~los cuerpos~~ ^{los cuerpos} fueran ^{estráños}; que
se encuentran en la cavidad uterina; provocan entonces
contracciones uterinas, hemorragias, inflamaciones del tejido
uterino, y del peritoneo.

En el caso de los cuerpos fibrosos intersticiales, los
accidentes han ofrecido variaciones. En otras veces, los
cuerpos intersticiales determinan la inflamacion del
tejido uterino, la cual puede ser general a bien
limitada a la periferia del tumor fibroso, en cuyo
circunstancia el tejido celular que lo separa del tejido uterino
se llena de pus, tomando lugar por collections purulentas.
Sucede a veces que las laminas del tejido uterino que separa

El cuerpo fibroso de la cavidad peritoneal i de la cavidad uterina se gangrenan en varios puntos, habiendose así el pues un camino en alguna de estas cavidades. ~~Hasta~~ también se ve que ^{la} gangrena alcanza la lamina del tejido que divide el cuerpo fibroso de la cavidad peritoneal, pudiendo suceder que la pérdida de substancia se haya sobre la lamina que separa el tumor de la cavidad uterina.

Diagnóstico.

Es reconocido como regla, que cuando hemorragias inmediatas o seguidas se producen después del parto, el cirujano debe noticiarse de la cavidad del útero, sea para sacar cuerpos extraños que ordinariamente se forman, como cuajarones, o membranas, o bien sea para excitar las contracciones uterinas. De esta información, acompañada de la ^{conocimiento} ~~noticia~~ de un útero, que no ha vuelto sobre si mismo, haran conocer que se ~~tiene que hacer~~ trata de un tumor fibroso. Si el cuerpo fibroso está ya fuera, habiendo bajado en la vagina, ~~sea~~ ^{está} entre los muslos, ~~cuídese~~ ^{mucho} de confundirlo con una retrorsion del útero. Por el buen estado de la enferma, la presencia del útero que se conoce a la region hipogastrica, i si al mismo tiempo viene una hemorragia abundante el tacto que da a conocer un pedículo extendiéndose en la cavidad al través del cuello permitirá salvar ^{cualesquiera error.}

Pronóstico.

Los accidentes que dan ^{lugar} los cuerpos fibrosos, son los elementos del pronóstico. Agreguese ^{que} la disposición que ellos afectan; ~~contribuye~~ un tumor fibroso, sub-mucosa, pediculado puede sacarse ~~completamente~~, mientras que un tumor ~~inferior~~ ^{inferior}

fiere para sacarlo una operacion de las mas graves.

Indicaciones para conocer las que dan
los Cuerpos fibrosos.

Combatir los accidentes i suprimir la causa, es la indicacion
El modo que se emplea para combatir estos accidentes, no
tiene nada de particular; lavativas laudanizadas para
las contracciones uterinas, inyecciones frias o astringentes,
Secal contra las hemorragias, emolientes y sangrias locales
contra la inflamacion del tejido uterino o del peritoneo. La

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

segunda parte de la indicacion no puede seguirse cuando
el tumor es sub-peritoneal. Siendo intersticial y debese

pensar ^{Después del parto} en la extirpacion? ~~Ja, fuera del estado de gestacion,~~
la extirpacion de los tumores intersticiales ha sido de mal fin
en la generalidad, y usar el instrumento cortante sobre
la superficie estensa de un organo vascular, como lo es

la matriz en estado de gestacion seria exponerse a hemorragias
~~de gran~~ ^{de gran} serias para reprimirlas. Los tumores sub-mucosas
pediculadas son pues las ^{unicas} que se pueden sacar
i las metadas de operar son todavía, la ligadura
y la excision.

Fin