

6 Agosto 93

Carlos Alberto Salas

H25

# Contribución Clínica al estudio de la Gestación Vítioparia.



Este presente trabajo se refiere a la observación clínica de los casos de Práctica Eclopática que he tenido la suerte de seguir en detalle en la clínica ginecológica del prof. Körner. — Tenemos que expresar aquí nuestros agradecimientos al Dr. Prof. Körner, por la benevolencia con la cual nos ha proporcionado las facilidades para el estudio detallado de nuestras enfermas, así como Museo Nacional de Medicina para algunos datos que nos ha suministrado, i que nos han servido para la confirmación de esta memoria. — Al igualmente al Dr. Dr. R. Rogers, quien graciosamente nos ha acompañado en las autopsias practicadas, manifestó también aquí, mi reconocimiento.

Los Ímbrazos Extra-uterinos, nombre con que se designa comúnmente la afección de que nos ocupamos, presentan en su Sintomatología, en su Marcha, i en sus Terminaciones fenómenos tan diversos y caprichosos a veces, que, para la mayor parte de las variedades, se podría decir para todas, si ciencia no ha podido formular hasta ahora, principios definidos, capaces de someter a reglas preciso intervención quirúrgica. — He querido tomar por tema de mi Tesis de licenciado la disciplina clínica de los casos que he observado, segundo de este modo poder llevar algún entusiasmo a este Capítulo tan interesante como peligroso de la Patología Obstétrica, pues pensamos que combinando las observaciones, estudiándolas i comparandolas ~~i semejantolas~~ es como sea posible llegar a deducciones prácticas, verdaderamente útiles. — Antes de pasar a referir muchas observaciones, vamos a mencionar algo que hace algunas consideraciones finales sobre el asunto que nos ocupa; limitémonos únicamente a aquello que tenga mayor importancia. — Respondremos en seguida las ideas que nos ha sugerido el estudio de nuestras enfermas así como las autopsias practicadas, i terminaremos por las conclusiones a que hemos arribado. —

## 1º. Consideraciones Generales. — Historia. — El primer caso de Ímbrazo

Extra-uterino que se encuentra mencionado en la literatura ginecológica pertenece a Teucrasis que lo describe a mediados del siglo XI. — Después de esta fecha mi dudas en las observaciones que mencionan los autores, siendo necesario llegar al siglo 16 para encontrar casos bien antiguos, e indicaciones en cuanto al tratado. — Bastante avanzadas en edad, para la época en que se formularon. Así el caso de Primero (1594), que ha llegado a ser clásico, es también digno de mencionarse por ser el más antiguo que haya sido tratado por la literatura, en la parte de esta época, el descubrimiento del Nuevo Mundo. Los primeros estudios sobre la menstruación i la fecundación, hicieron que la Práctica Extra-uterina tomase coloración en la Nosología médica, i que investigaciones serias i racionales emprendidas en

sta esta anomalía en la concepción, dejaren de considerarla como un hecho sobrenatural o como una mera curiosidad patológica, como antiguamente se la creía.

**Etiología.** ~ Numerosas son las causas que pueden influir para que el óvulo fecundado se desarrolle en un punto distinto del útero; desde luego todo aquello que ofreza un obstáculo a la migración regular del óvulo en la trompa tiene de producir este accidente; si hay algo que deba admirarnos, no es la existencia de la Preñez extruterina sino su poca frecuencia. Esto sería delido segun Schröder, no, a que sea raro que un óvulo fecundado penetre en la cavidad abdominal, sino a que por excepción, éste huevo encuentre las condiciones necesarias para su desarrollo dentro, de cuya suerte perece en el mayor nro. de casos i experimenta la reabsorción. Estas ideas están en oposición con los estudios más recientes hechos por Leopold, como lo diremos mas adelante.

Citaremos entre las causas mas admitidas, las adherencias de los ovarios por peri-peritoneitis antigua.

<sup>Todas</sup> Las afeciones de la trompa i en especial la Salpingitis desgarrativa, que produce la destucción del epitelio vibrá, **Museo Nacional de Medicina** v. i transforma su superficie interna en un estado análogo al de la mucosa uterina. Se comprende que a causa de estas adherencias de la mucosa, el óvulo puede detenerse fácilmente en su camino a través del conducto, i se fija a las paredes de éste conducto, como lo hace normalmente a las del útero. ~ Entre las afeciones de la trompa debemos mencionar también las Impaciforaciones i Viejos coágulos; las obstrucciones, estrecheces o desviaciones de este conducto producidas por tumores de la matris, de las paredes peritoneales o de las trompas mismas. etc.

Por fin, varios casos de Preñez ectópica pueden explicarse por lo que se llama, la Trasnigración interna i externa del huevo.

Sí el caso de Conrad i Langhans, en que el óvulo expulsado por el ovario de un lado, fue expulsado por la trompa del lado opuesto. Esta causa del Embarazo anormal, nos parece muy racional, visto la dificultad que debe experimentar la trompa para adaptarse al ovario del lado opuesto. ~ El caso de Hassfurth, (Centralblatt für

Gynäkologie, 1869. n.º 34), aunque excepcional, prueba la Supernumeración interna del óvulo, i el desarrollo de una Preñez ectópica por esta causa: una vez que el huevo ha llegado al útero, puede salir de él para penetrar en otros puntos del canal genital. ~ No mencionaremos las causas llamadas morales, aunque son admitidas por un gran numero de observadores.

Esta afeción es mas frecuente en las mujeres, i dato muy importante para el diagnóst. dicen los autores, las enfermas que superan de 30 a 40 años, han sido <sup>una madre</sup>, <sup>nunca madres</sup>, por largo tiempo estériles o han tenido frecuentes perturbaciones en su aparato sexual. En mestras conclusiones vemos que no participamos de estas ideas.

**División.** ~ Nosotros pensamos que el óvulo fecundado puede desarrollarse no solo en todos los puntos del canal genital, sino además puede insertarse en cada uno de los órg. enterrados en la cavidad peritoneal; esto es lo que ha sido admitido a Hubert de Lorvain, 12 especies de óvulos ectópicos. ~ Hay tres clases de Preñez extra-ut. = La Tuberaria, que es la mas frecuente, la Abdominal i la Ovariana. ~ Cada una de estas clases tiene sus variedades, que no mencionaremos por encontrarse descritas en todos los libros de obstetricia. ~ Queremos si, insistir sobre la <sup>una</sup> Tuberaria, poco citada por los autores, i aun negada por otros (Cauwenberghs), dándole nombre Intia-ligamentosa (Werth); Sub-peritoneo, peritoneo de Deseineis, i Intia-peritoneal por Lanz-Laut. Variedad que es casi siempre secundaria, pero que puede también ser primaria; i en <sup>la cual</sup> el feto continua desarrollándose protegido por las hojas del lig. amniótico, en el espacio que dejan libre la separación de estas expansiones membranosas. Esta es también, según nosotros, una de las variedades, en la cual el feto llega mas comunitario al término de su desarrollo; como lo diremos mas adelante.

**Museo Nacional de Medicina** WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La Prénix abdominal, es la otra clase de Emb. Extra-utérino, que generalmente llega a término. ~ La variedad de Prénix abdominal femenina ha sido mi disertada, i algunos patólogistas creen, como ya dijimos, que el huevo femeñado no puede desarrollarse en la cavidad del Peritoneo, i que es razonado.

Estas ideas están en contradicción en las más recientes experiencias de Leopold (die Ueberwanderung der Eier.. Archiv. für Gynäkologie, 1880, pag. 24.), quien ha demostrado que el óvulo puede penetrar en el Peritoneo i vivir en él sin que su vitalidad sea comprometida.

Anatomía Patológica. ~ Son muy variadas las transformaciones que se observan i quizás distintas para cada clase de Prénix Extra-uterina, pero de un modo general, se puede decir que cuando el óvulo se ha implantado en un punto del organismo materno que no sea el útero, es la naturaleza la que se encarga de suministrar los materiales necesarios para su nutrición, es ella la que hace los gastos de este trabajo insolito, i es ella la que deberá protegerlo contra las influencias pernicioseas que tienden a destruirlo. Es necesario, en una palabra, que el huevo encuentre fuera de su sitio de Gleichen, las condiciones más favorables para su desarrollo. ~ Véase en las imágenes que deben aproximarse en cuanto sea posible a las del estado normal. Así pues desde el principio de la detención del huevo, la vejiga que éste ocupa, llega a ser el sitio de una "vasculización intensa", el tejido subperitoneal se engrosa i capilares venosos voluminosos surgen <sup>en todos sentidos</sup> en el tejido subseroso, las arterias de la vejiga aumentan de volumen, i se forma de este modo una "especie de red vascular erectil", como dice Hohl. Estos son los fenómenos, que tienen lugar en general, para toda clase de P. Extra-ut.

Ahora en cuanto a la Prénix Tubaria, desde que el óvulo se ha injertado en este conducto, la mucosa de la trompa se transforma en una especie de Caducaria uterina. ~ El C. se desarrolla sobre el huevo de la manera habitual; sus vilosidades se introducen en la mucosa i forman con el punto en que el huevo se ha fijado la Placenta, atrofiándose las vilosidades en el resto de la periferia. ~ A medida que el huevo crece, se distiende la parte correspondiente de la trompa. Su timina muscular se hipertrofia hasta el fin del 2º mes (Hennig), i mastando a causa del exceso de distensión, ésta timina se adelgaza, hasta que llegado a cierto límite se manifiesta la "ruptura" preciosa. ~ No seguimos a la Gestae. Tubaria en sus otras terminaciones; quizás solo mencionar la terminación más frecuente i también la más temible: la Ruptura del quiste fetal. ~ Las transformaciones anatómico-patológicas que se observan en las otras clases de embriones Extra-uterinos son tan múltiples, que tendríamos que extendernos demasiado, lo cual no nos es permitido en vista del estudio, sobre todo clínico, que hemos querido sujetarnos en ésta memoria.

No obstante, en todas ellas, las partes genitales no permanecen indiferentes al trabajo anormal que se está desempeñando frente a ellas. Suponen transformaciones, que si son a veces inexplicables, no son por eso menos evidentes. Cambios de la S. vaginal, volumen mayor del útero que se eleva en el Abdomen; reblanquecimiento i cambios de dirección del cuello; formación de una Ventilación Caducaria, en fin abultamiento de las S. cervicales. <sup>g. g.</sup>

Sintomatología. ~ Es imposible enmarcar en el principio la existencia de un Emb. Extra-ut.; aun más tarde, su diag. es sumamente difícil. ~ La mujer se cree normalmente en cinta, como en un embarazo ordinario, i en realidad

signos  
los síntomas del primer i segundo mes son más sencillos.  
Los a los de un embarazo normal. Pasado este tiempo  
los síntomas son distintos, según la variedad de embarazo  
de que se trate. Así en el Embarazo Tubario, generalmente  
se observa la ruptura del kisté, entre el segundo i el tercer  
mes, i la mujer muere en los síntomas de una hemorragia  
interna grave, a veces fulminante, habiéndose ocasionado  
este fatal desenlace, en plena salud i durante las comidas,  
ha hecho creer que se trataba, en varios casos, de un supe-  
nacimiento. El conocimiento de estos hechos, tiene pues,  
su importancia en medicina legal. ~ Otras veces son los  
síntomas de una peritonitis aguda, los que dominan la  
escena y la paciente muere también rápidamente.

La Puñy Tubaria, puede terminarse de un modo más feliz,  
cuando la muerte del feto es primitiva, i entonces puede  
sobrevivir la erración sin que la tómpa se rompa. Si esto  
sucede en un periodo muy poco avanzado de la Puñy, el hue-  
vo sufre trasformaciones i es modificado por el derrame sanguíneo,  
hasta que enciende por reabsorverse. ~ Si el feto  
muere cuando está ya más desarrollado, puede, sin  
ruptura de la tómpa también, transformarse en hilo  
pedión; estos términos son por desgracia, poco frecuentes. ~

La variedad llamada, tubátrial o tubo utér-  
ina, se termina también por ruptura antes del cuarto mes,  
produciéndose una hemorragia que a veces, tiene lugar  
por las vías naturales. ~ Cuando la mesa de la tómpa  
se rompe, el hueso puede permanecer entre las fibras musculares  
del útero las cuales se separan i el feto puede desarrollarse  
retrogrademente hasta el fin normal de la Puñy. En al-  
gunos casos bien constatados por Braxton-Hicks, (Obste-  
trical Transactions, tomo IX, pag. 57.), la abertura uterina  
de la tómpa puede dilatarse suficientemente, para per-  
mitir al feto llegar secundariamente hasta el  
músculo uterino. Sin embargo, la pared uterina produce  
la ruptura; pero el niño nace por las vías naturales!!

Según Schultze, está variedad sería más frecuente y desconocida a menudo. Numerosos abortos de peñez normal no tendrían otro origen.

Las variedades intraligamentosa y abdominal son las que más frecuentemente llegan a término, y los síntomas que presentan en su principio, son <sup>como hemos dicho,</sup> muy semejantes a los del embarazo normal. En un periodo más avanzado del desarrollo del embrión, hay ya algunos signos que nos permiten diferenciar esta peñez anormal. Así el volumen del útero no está en relación con la edad de la gestación, el abultamiento irregular del abdomen, la lateralidad del humor, la separación bastante manifiesta entre el humor abdominal i el utero, la situación de este, en un punto opuesto al humor, su vacuidad, etc., nos harían pensar que el útero no es el asiento de la gestación. Por otra parte, los vivos y constantes dolores abdominales, las pérdidas de sangre (menorragias), los fenómenos de compresión del lado de la vejiga i del recto, la fiebre y fenómenos inflamatorios, nos indican que no se trataba de un embarazo normal. - Freud ha señalado en la Peñez abdominal sobre todo, cólicos intestinales y diarrea consecutivos a la irritación del intestino. A veces los dolores llegan a un grado tal, que la mujer muere de agotamiento, así el caso de Blass, es por demás interesante. En este caso, los dolores excesivos, que no eran solamente en la pelvis i sobre las rodillas i sobre los codos, no cesaron sino en la muerte del feto. -

Las terminaciones de estas variedades de embarazo pueden ser las siguientes: Si el Niño vive hasta el fin normal de la peñez, sobrevienen ordinariamente dolores análogos a los contracciones uterinas, y los síntomas reflejos del falso trabajo; durante este tiempo el útero tiene de espulsar su mucosa hipertrófica (la Caduca). Luego, sobreviene la muerte del feto, el cual sufre más dificultades para hacerlo soportable para el organismo, o bien empieza el trabajo de eliminación del feto, a través de uno de los órganos re-

enios (Recto, Pejiga, Vajina). El proceso de eliminación es siempre extremadamente lento i agota considerablemente a las enfermas. ~

El diagnóstico de la variedad de Preñez-extia-uterina es imposible; aun después de una operación <sup>deidad causa de agotamiento</sup> nos encontramos embarazados para poder decir con precision a qué forma pertenece este embarazo anormal, i la autopsia misma, no nos da en ciertos casos, mayores luces. ~

Pronóstico. ~ En todos los períodos de su evolución, la Gestación ectópica, constituye un peligro formidable; peligro de Hemorragia mortal en el primer período; peligros de peritonitis y de Septicemia en el Segundo; peligros de Supuración y de Compresión, cuando se ha transformado en una masa inerte (Litopedia). Su pronóstico es pues muy grave, ya por los peligros que la Enfermedad lleva en sí misma, ya por el tratamiento a que debe someterse la paciente, si se quiere tener la probabilidad de salvarle de una muerte cierta.

### Tratamiento,

Los este el punto mas interesante y mas debatido de la cuestión. Nosotros nos limitaremos solo a mencionar aquéllos que han prestado en práctica, para entrar mas adelante, en nuestras conclusiones, aquél tratamiento que consideramos como el único radical en esta clase de afección. ~ En vista de la amenaza constante que está anomalía de la Gestación produce para la vida de las enfermas, nada podía autorizar la expectación, y las Estadísticas nos hablan muy claro a este respecto: Schantz, ha reunido desde el año de 1876 al de 1891 626 casos de Embarazo ectópico, de los cuales 241 tratados por la expectación, habían dado una mortalidad de 68.8 por 100; mientras que en 335 casos operados, la mortalidad no había sido sino de un 26 por 100.

Dejando a un lado, los antiguos tratamientos de "cura con el hamburgo", o en los "Purgativos", que tenían por objeto enseguir la muerte del embrión por el debilitamiento de la madre, mencionaremos otros dos, que todavía cuentan en

en decididos partidarios, quienes hablan de las ~~inyecciones~~<sup>tóricas</sup> en el interior del saco, y de la Electricidad. Por estas intervenciones se procura producir la muerte precoz del Feto; pero no están <sup>ellas</sup> desprovistos de accidentes, a veces graves, como vemos mas adelante. Sin embargo, Winckel i otros autores, citá el caso de ~~curación~~<sup>curaada</sup> de una enferma por dos inyecciones en el intervalo de ocho días. (Centralblatt für Gynäkologie). La Electricidad ha sido empleada bajo diversas formas: Electroponitina, Galvanización i Faradiación. Es ésta ésta la que se usa sobre todo hoy dia. - Brothers, ha revisado 43 casos de Embarazo extra-utérino, tratados por la Electricidad, i solo cuenta 2 muertes i 14 accidentes graves. (The treatment of extra-ut. pregnancy by Electricity.) - Pero no nos dejemos engañar por estas estadísticas tan bellas! Los fabricantes de artículos para revistas, publican sobre todo, aquellas observaciones en que un éxito feliz ha coronado el tratamiento; i en particular cuando éste tratará de sobreponerse a otros. Es ésto lo que pasa en las estadísticas tan halagadoras publicadas para probar la eficacia del tratamiento eléctrico, pero reservan aquellos casos, en que algo verdaderamente inhumano se ha practicado en las enfermas, como se puede juzgar por el artículo del Dr. Matthews Duncan en los Rapports de l' Hospital Bartholomew, 1883. - Una larga serie de experiencias ineficaces, <sup>(electricidad e inyecciones)</sup> se ensayaron sobre una pobre madre i sobre su hijo, provocando uno despues del otro Sufamientos penosos, que terminaron finalmente, por la muerte de estos dos seres, que muy probablemente habían sido salvados, si se hubiese seguido las reglas ordinarias de la intervención quirúrgica. -

Para concluir <sup>con</sup> sobre éstas consideraciones sobre el tratamiento, nosotros creemos que la extracción del Feto, con o sin el saco, por la Laparotomía o la Colpotomía, es el tratamiento que se impone en <sup>los 12 meses</sup> todos los períodos de la Perínea ectópica. - Despues del 5º mes, tamb. linta <sup>la</sup> la lap. al q. red. reunir, se q. el feto esté muerto o vivo, en este ult. caso, se esperaría hasta los 8 o 8 1/2 meses <sup>para intervenir</sup> si el paciente diera alq. signo de vida. La Perineotomía ya horizontal o vertical, la incisión Para-Sacra, i extensa, i estar preparado pa' una intervención inmediata alq. vez dada la nat. - de que se presente la intervención por la Vía Pelviana, seria resección del Coxis y de una parte del sacro, pero operaciones más sencillas, que no haremos sin mencionarlas. -

## 2% Casos Observados.

### Observacion 1<sup>a</sup>.

Candelaria Soto, de 30 años, casada, natural de Rancagua, (Oriente), entró el dia 24 de Julio de 1892, a ocupar la cama número 439 de la Sala del barrio del Hospital de San Boja, servicio clínico del profesor Körner.

Estado presente. ~ Es una enferma de regular constitución; Temperamento nervioso; Su piel de color blanco-pálido; Conformación de la pelvis normal. ~ La Enferma ha solicitado los cuidados del Hospital por sufrir de "rudos y instantáneos dolores" a la micturición, que se acompañan de temblores. Su orina es abundante, tímbrica y de un olor fuerte, desagradable, pues se desprenden de ella gases fétidos, en abundancia. Ademas se queja la Enferma, de un "humor que lleva en el vientre, y que le ocasiona grandes molestias i dolores. Nos refiere, que desde que está enferma, nota que se viene enfatizando. ~ El estado de las otras funciones de la economía, es si se quiere satisfactorio, con excepción del aparato digestivo, pues la enferma acusa alternativas de constipación i de diarrea.

Estado anterior. ~ Nos cuenta la enferma que a la edad de veinte años tuvo la viruela i no recuerda haber padecido de otras enfermedades anteriores. ~ Los antecedentes hereditarios patológicos son sin importancia. Su padre murió de una enajenación mental; su madre, que vive actualmente, goza de una buena salud, a pesar de ser de una edad avanzada. Ha tenido once hermanos; seis de ellos viven al presente i son sanos, los otros cinco, unos han perecido del cólera, y los otros en su primera infancia. ~ Su salud ant. ha sido excelente. ~

Histórica Sexual. ~ La Enferma refiere haber tenido su primera menstruación, mas o menos a la edad de diez años. Desde entonces, se ha sentido constiñado sin alteración, (durando los <sup>el flujo menstrual</sup> tres días), hasta la edad de 22 años, en que empezó a <sup>un poco más</sup> menstruar más abundante, duraban ocho días.

No ha tenido leucorreas, ni otros trastornos sexuales. ~

A la edad de 22 años, la enferma tuvo un parto prematuro de siete meses, cuya causa la enferma no conoce. El Niño nació vivo y murió <sup>a los</sup> pocos días. <sup>Y</sup> Tras <sup>este</sup> de este accidente, <sup>sobre todo</sup> cuando la paciente empezó a notar <sup>ta</sup> desarreglos en su menstruación. -

A la edad de 26 años, es decir, cuatro años después del Parto pre-  
maturo, la mujer se hace nuevamente embarazada. Experimenta-  
tio, según ella ~~en~~ esposa, todos los síntomas de un embarazo normal:

desaparición de sus reglas, fenómenos simpáticos del lado del aparato  
nervioso, aumento <sup>digestivo</sup> de volumen de su vientre, etc.; i sentía, dice ella,

"como que algo se movía dentro del abdomen". - Pasados los nueve  
meses de la Gestación, la enferma empieza a sentir dolores <sup>muy</sup> semejan-  
tes a los del Parto, y todo le hace creer que un próximo desembrazo no  
se hará esperar; pero no sucedió así, y en lugar del niño que ella

esperaba tener entonces, solo hubo una "perdida de sangre"; (que no  
fue abundante) y que luego se calmo: isto, lo expresa ella, diciendo  
que "volaba algunos cuajadones i una cosa como oblejos". - En vano,  
aguardaba la Enferma que se ~~presentaran~~ los verdaderos dolores  
del parto, éste no se produjo, i después de algún tiempo, durante  
el cual desaparecieron estas molestias, la enferma <sup>recobró</sup> su buena salud anterior, pudiendo entregarse como antes a sus  
quehaceres domésticos, a pesar del "abultamiento de su vientre". -

Sin embargo, este "tumor abdominal" no es del todo inofensivo;  
le ojalas a veces <sup>subyacentes</sup> molestias que se traducen por dolores inter-  
mitentes y vagos. <sup>que se imponían a las caderas,</sup> Ella no obstante, se cree con buena salud, i  
ha corrido un tiempo, que la Paciente no sabe precisar, "aparecen  
sus reglas <sup>regularmente</sup>", i se establecen en toda regularidad  
como en sus mejores épocas. Recuerda dice, que <sup>después</sup> que  
su menstruación volvió a aparecer, su salud se mejoró <sup>de un</sup>  
<sup>modo notable.</sup> más. - Tenemos, pues, a nuestra enferma en un estado casi  
bastante satisfactorio.

A la edad de 29 años, <sup>bis años después de lo que ella llamaba su 2º Parto,</sup> la enferma se hace embar-  
zada por tercera vez. Su <sup>estilo</sup> <sup>parto</sup>, no fue interrumpida  
por ningún síntoma <sup>grave</sup> que le llamase la atención;  
al <sup>desarrollado</sup> <sup>gran, gordo, i</sup> <sup>nuestro</sup> <sup>dijo a</sup> <sup>un</sup> <sup>embarazo,</sup> bien desarrollado; (ii)  
pero desde este momento, dala los síntomas graves

(ii) Ella se encargó de criarlos.

que se queja muestra enferma. ~ En efecto, nos cuenta, que después de este último parto, su vida ha estado constantemente llena de sufimientos: "Agudos dolores en el vientre que la obligaban a tomar las posiciones mas caprichosas, perturbaciones en su digestión: vómitos y perdida del apetito", <sup>enfurecimiento,</sup> fiebre, mal estar general, etc.; - Sintomas, que, desde que tuvo su último niño, le han hecho quitar la cama diariamente, hasta el dia en que ingresó al Hospital. ~

No obstante, ella abrigaba la esperanza de un res-  
tablecimiento ~~en su salud~~, pero desgraciadamente  
menos sintomas alarmantes atacan a la paciente,  
la recurrencia de los que ya existian, hacen  
esos saber a la enferma, que su salud está bastan-  
te comprometida. Y efectivamente, como "al mes  
después de encontrarse en cama, pasando desde  
que tuvo su último parto; <sup>empisar a</sup> observar que su orina  
se hace turbia, (como ella dice, dejaba un concho,)  
y tiene un olor muy desagradable i repugnante.  
El mismo Tiempo notó que la micción era doloro-  
sa; se acompañaba de temblores, de ardor, y sufria  
cada vez que la enferma orinaba; por esto la  
paciente retardaba, cuando le era posible, el mo-  
mento de cada micción. ~ Aquí muestra enferma  
nos habla, ~~otra vez~~, i en insistencia, de la presencia  
en la orina, de "pedazos de membrana"; que tienen  
un color blancos amarillentos; eran resistentes, y  
algunas, alezaban a tener varios centímetros de  
largo. Gran siempre si, segun nos refiere la enfer-  
ma, mas largas que anchas. ~ Ella, nos decía,  
al hablar de esto: "Yo, Señor, <sup>padece</sup> mucho al orinar,  
i rotaba <sup>entonces</sup> una cosa como ollejos o tiras". ~

La enferma se acuerda perfectamente, que como  
a los tres días <sup>después</sup> de haber empezado a sentir  
estas perturbaciones del lado de la vejiga, (que  
a veces dice, casi no los podía soportar), y dur-

ante una micion, en que fui atacada de dolores tan  
atiosos, (que la enferma no puede rendar sin emocionar,  
se) expulsó un pequeño huesito, despues de lo cual la en-  
ferma se calmo un poco. ~ Estos dolores se irradiaban  
hacia la region de las caderas y tenian su centro en  
la region hipogastrica; otras veces, le parecian a la en-  
ferma que partiam del tumor <sup>abdominal</sup> y se espaciean en diferen-  
tes direcciones. ~ Estas crisis dolorosas se acompañan <sup>de</sup>  
desfallecimientos, vomitos, etc. ~

Despues de la expulsión de lo que ella consideraba como  
causante de tan graves desórdenes, los dolores no desa-

Museo Nacional de Medicina continua <sup>siendo</sup> siempre turbia, abun-  
dantemente ~~moistoso~~ <sup>mojado</sup> y mal olor. ~ Tres dias mas tarde, <sup>despues de</sup>  
~~la expulsión del pequeño hueso,~~ <sup>luego dolorosa</sup> ~~en una dia~~ <sup>salida</sup> a un

segundo huesillo, ~ En la noche, de este mismo dia, <sup>nuevos dolores</sup>  
va expulsión de otros dos huesitos pequeños, semejantes a los  
anteriores, y por fin, en la mañana del siguiente dia,  
~~fa oíra arrastre~~ <sup>ha expulsado</sup> un <sup>5º</sup> ieltino huesito. ~ La expulsión de es-  
tos ieltinos huesos no fué tan dolorosa, como ha-  
bían sido las anteriores, y en particular, la salida

Museo Nacional de Medicina <sup>del primero.</sup> ~ El numero de ~~pequeños~~ huesos expulsa-  
dos <sup>en ese entonces,</sup> por la enferma, asciende <sup>de</sup> tres, a cinco, y son  
mas o menos iguales, <sup>según</sup> <sup>ella refiere</sup> ~~en~~ <sup>con</sup> ligeras diferencias de tama-  
ño. ~ La familia de la paciente <sup>venía</sup> <sup>los</sup> <sup>expulsados</sup> <sup>de</sup> <sup>esta</sup> <sup>vez</sup> <sup>huesos</sup>

~~los~~, <sup>que</sup> no me ha sido posible que hacedores llegan  
a mi poder, pero ella se acuerda muy bien, que son  
identicos a los que ha expulsado mas tarde, duran-  
te su estadia en el Hospital. ~ A dar fe, de lo que  
la enferma dice, se tratará <sup>de la expulsión de los</sup> <sup>de la</sup> <sup>regia</sup> <sup>vertebri-</sup>  
<sup>los</sup>, <sup>que salian arrastradas de la</sup> <sup>agina</sup>, <sup>entre</sup> <sup>los</sup> <sup>vertebri-</sup>  
<sup>sas</sup>, como pue de verlo la honorable comision. ~

Museo Nacional de Medicina <sup>el sufrimiento:</sup> <sup>de</sup> <sup>la</sup> <sup>enferma</sup>  
El estado de la enferma se hacia cada dia  
mas insopportable, <sup>el sufrimiento:</sup> los dolores abdominales, la  
frenuencia y fetidez de una micion dolorosa, la  
fibre el enflaquecimiento, etc. obligaron a <sup>la</sup> <sup>enferma</sup> <sup>a</sup> <sup>estar</sup>  
~~la enferma~~ <sup>en</sup> <sup>busca</sup> <sup>los</sup> <sup>auxilios</sup> <sup>del</sup> <sup>Hospi-</sup>  
<sup>tal</sup>, en busca de alivio para sus sufrimientos. ~ Yé,



en estas condiciones cuando nosotros observamos por la primera vez a la <sup>Paciente,</sup> ~~enfermera~~, habiendo dejado <sup>ya</sup> enseñado en el principio, los <sup>síntomas</sup> más resaltantes que acusaba la paciente <sup>ya su entrada al hospital.</sup> ~ Se nos permitido, entar aquí en algunos detalles, que omitimos de propósito deliberado <sup>al la introducción</sup> ~~por obvias~~ <sup>empiezar</sup> ~~dar así~~, para mayor claridad <sup>a</sup> ~~de~~ exposición. <sup>De este modo,</sup> ~ La descripción de este caso, tan interesante, sea incompleta. ~

La temperatura de la tarde era siempre superior a la de la mañana, hasta de un grado. En la mañana; se fijas 37., 37.5.; en las tardes 37.8., 38.~ 38.5. ~

La cantidad de orina en las 24 horas fluctuaba entre 1900 en <sup>el</sup> ~~los~~ <sup>los</sup> 2000 gramos, adquiriendo que la enferma se quedaba, ~~encontrando~~ <sup>encontrando</sup> ~~el~~ <sup>el</sup> momento de cada micción, a causa de los dolores que le ~~ocasionaba~~. Hacia fines, una polinuria manifiesta. ~ Cada vez que se le estaba la orina, por medio de la sonda, se desprendían de la vejiga y de la orina misma, gases en abundancia de un olor muy desagradable. ~ Es francamente putrefacta, y dejando reposar deposita una abundante cantidad de sedimentos. ~ Su densidad es de 1.020. ~ Tratada por el reactivo de Donnay, nos dio la ~~esa~~ reacción característica del pus. ~ Examinando al microscopio, el residuo que la orina deja por el reposo, <sup>podemos</sup> comprobar la existencia de una gran cantidad de globulos blancos y de algunos rojos, así como la presencia de numerosas células de la vejiga mezcladas a otros elementos que francamente, no pudimos clasificar. ~ Existían también cristales en abundancia. ~ La orina tenía reacción ácida, y había indicios de albumina. ~

Examen ginecológico ~ Procediendo ahora al examen del vientre, lo que primero llama la atención, es un "ábul" <sup>con sus dimensiones apuntamos + adelante,</sup> hervor irregular del abdomen, siendo éste, más marcado del lado derecho sobre todo. ~ La Piel <sup>de esta región</sup> es normal, dejando ver algunas arrugas. No hay pigmentación de la linea blanca abdominal. ~ Démos, ligeramente flácidos; pigmentados. ~ Palpación. ~ La palpación nos permite circunscribir

un tumor superficial, duro e irregular, sensible a la palpación, la cual solo daba percibir una ligeras crepitaciones en toda la extensión del tumor, pero principalmente se notaba ésta crepitación, por encima de la Síntesis pubiana. Este fenómeno <sup>era debido, según nos dijo</sup> fue atibulado por el Dr. Körner, al frote del peritoneo inflamado. - El tumor es mas marcado en la región del flanco derecho, hacia arriba se estiende hasta el <sup>nivel del</sup> ombligo. - La piel desliza dificilmente sobre él. ~~Tumor~~. - Auscultación: Silencio <sup>absoluto</sup> completo, <sup>el</sup>. - Percusión. - Matidez completa en toda la extensión del tumor; <sup>el</sup> ligeramente distendido superiormente. - Mezuración del abdomen.

Circunferencia mayor. 76 centim<sup>5</sup>. -

Dia. al nivel del ombligo: 74 c. - Desde el ombligo a la Síntesis pubiana 19 centim. - Desde el ombligo al apéndice xifoides 16 centim<sup>5</sup>. -

Exploración bimanual. - El tumor ocupaba una gran parte de la pelvis mayor; es muy poco móvil, designial y muy difícil de aislar <sup>suspensamente llegaba hasta el nivel del ombligo</sup> del interior. Este se encuentra en la parte posterior, hacia atrás del tumor en Retroversión y en Retroposición. La Cupulación, en este <sup>ligeamente aumentado de volumen</sup> de que hablamos, mas arriba, se hace por el examen combinado <sup>de los fondos de saco vaginal, ocupados por el tumor, si, en el lado derecho.</sup>, más manifiesta y superficial. - No fui posible examinar los anexos. No se les pudo aislar. - La vagina es muy corta y tiene su coloración normal, así como la porción vaginal del cuello. - El oír fiex estómico del cuello tenía sus labios ligeramente separados. - El examen rectal, nos indica que el tumor ejerce una ligera empuñada sobre la pared anterior del Recto.

La introducción del Histerometro se hizo con facilidad y se deseaba hacia atrás? <sup>Marcó</sup> No se puso <sup>con cuidado</sup> en el centro. - <sup>Concluido este examen</sup> No se pronunció ningún diagnóstico preciso, y se dejó la enferma <sup>para</sup> una estrecha vigilancia, para ser sometida mas tarde a un "segundo examen" que se haría bajo el <sup>la cual es dura</sup> <sup>distinto de ya mencionado y enumerados</sup> rofornicos. Se le prescribió Lavados vesicales de ácido Bórico, y capsulas de Sandalo, al interior.

Desde el dia 24 de Julio, fecha en que la enferma ingresó al Hospital hasta el dia 19 de Agosto, no ha aparecido en la paciente, ningún síntoma <sup>distrío de ya mencionado y enumerados</sup> que sea digno de hacer mención; pero el <sup>10</sup> de este dia, la enferma es atacada de "agudos dolores" a la vejiga; y a las cuatro de la tarde, después de micción muy dolorosa, aparece en el fondo del urinario, un pequeño bulto. Examinado resultó ser una pequeña vertebra, que conserva en mi poder, — (1) aparte de los dolores en la Mie.; alterac. de la Oina; Perturbac. Digestivas; Escalofrios, Fiebre, etc.

El dia 11 de agosto se continuaron los dolores, y mientras una de las empleadas de la clínica practicaba el cabestrismo vesical fuero extraer una "segunda vértebra", no sin haber ocasionado ántes a la enferma algunos sufrimientos. - El dia 12 se le administró un furgante de aceite para preparar a la enferma al <sup>2º</sup> examen que tendría lugar al dia siguiente. - A las 8  $\frac{1}{2}$  de la mañana del dia 13 se procedió a cloroformar a la enferma i el doctor Körner hizo el examen, <sup>combinado</sup> el cual comprobó <sup>lo que anteriormente hemos dicho sobre los caracteres del humor</sup>; que el humor; era irregular, i foforescendo en ciertos puntos, "eminencias duras i salientes". - En seguida se introdujo una sonda en la vejiga, la que reveló la existencia en el bajo fondo, de ciertos "cuerpos libres", duros e irregulares". El doctor Körner suspendió ya, que en la vejiga habría de encontrarse otros restos de dudosas adensas de los espulsados por la enferma. - Se procedió entonces a "dilatar la uretra" por medio de los dilatadores de Hegar, principiando por el numero cuatro de la serie i llegando hasta el diez i siete, el que permitió ~~ya~~ la introducción del dedo indice. - Ayudado por una "jirga hembra lática" el doctor Körner pudo extraer otras "cuatro jirguitas vértebras", semejantes a las que la enferma había espulsado en ocasiones anteriores. El examen digital de las fauces vesicales comprobó que estas, estaban tanto engrosadas i ~~se~~ eran irregulares. <sup>i la mucosa estaba como blandecida.</sup> En vano se procuró encontrar el orificio de comunicación que debía existir "entre el humor i las fauces de la vejiga". No se le pudo hallar. La situación de la vejiga respecto del humor era la siguiente: se encontraba situada, por debajo i hacia adelante de él. -

Después de este examen se hizo ~~una~~ lavacado de la vejiga con ácido borico, hasta que el líquido salió completamente claro. - En el tiempo que transcurrió, después de este examen, hasta el dia <sup>en</sup> que se operó la enferma, ningún accidente de importancia se presentó en ella <sup>que</sup> quedaba ~~ha~~ mencionado. -

Resumiendo la historia sexual de la enferma tenemos:  
a los 13 años, establecimiento de su menstruación.  
a los 22, primer embarazo que se termina por un parto prematuro de]  
a los 26, segundo embarazo que llega a término, i el parto no se [7 meses]  
a los 29, tercer embarazo. - Da a luz un niño bien desarrollado. Verifica.

Era necesario intervenir pronto, y no exponer a la enferm. a los peligros de una septicemia.

¿Por qué tiene una diurese?

Acordada la intervención, la enferma fue operada el dia 17 de Agosto de 1892. ~

### Antes de la Operación.

El dia anterior, la enferma tomó un fungam, té de aceite de ricino, 40 gramos. Se le dio un baño tibio con jabón fenicado. Se le colocó en seguida en una sala aislada del Hospital y anexa a aquella en que debía ser operada. ~ En la noche se le administró una poción en 20 gotas de lantano. ~ Durante el dia solo ha tomado leche.

Una hora antes de ser operada se le administró una lavativa simple. ~ Momentos antes de la operación la enferma tenía: P. 120. R. 28. F. 37.2. ~



Museo Nacional de Medicina. La operación fue practicada por el profesor de

clínica ginecológica, doctor Körner, sirviéndole de ayudante el Dr. Zegers. ~ El cloroformo fue administrado por el Dr. Marchand. ~

Viene a la operación seis alumnos del curso de ginecología, i el que

está escribiendo. ~ En mérito de la brevedad, no espondemos los detalles

que se refieren a la desinfección del cirujano y ayudantes. El campo

de operaciones, fue también desinfectado, como se hace en los casos de Laparotomía. ~ A las 8<sup>1/2</sup> se dí cloroformo i la enferma cae en el

sueño anestésico, después de un corto periodo de excitación. Una vez extasiada la misma, en cantidad de 40 gramos, se incidió la pared abdominal

en la línea blanca, a tres traveses de dedo por debajo del ombligo, prolongándose la incisión, hasta darle una extensión de 15 cm.

Se seccionó capa por capa, la piel, tejido celular graso; aquí hubo necesidad de ligar una pequeña arteriola que producía una ligera hemorragia.

En seguida se separaron los bordes internos de los mios espas rectos;

una vez a descubierto la aponeurosis, que estaba ligeramente engrosada, el Dr. Körner hizo la percusión del tumor sobre esta aponeurosis, lo cual dio

un sonido mate en toda su extensión. ~ Se incidió en seguida la aponeurosis i el tejido celular subaponeurotico, el que era muy vascular, i se

puso a descubierta las paredes del saco. ~ Estas eran gruesas i de un color blanco-amarillento.

El tumor se encontraba intimamente adherido al peritoneo de la pared anterior del abdomen, lo que era una circunstancia muy en favor de la operada, pues disminuían los peligros de una

infección peritoneal, por las sustancias sépticas del contenido del saco. Se seccionó después el saco, o la envoltura del tumor, en su parte

media, e inmediatamente se desprendió del interior de él, una gran cantidad de gases, tan sumamente fetidos, que algunos de los allí presentes tuvieron de retirarse a cierta distancia, i otros mas delicados, se vieron obligados a abandonar la Sala; tan insopportable era el olor que se percibía. ~ Al mismo tiempo, a la herida se vio cubierta de un líquido de color café oscuro, espeso que fluyó instantáneamente durante todo el tiempo que duró la extracción del contenido del saco.

Una vez quitado este líquido por medio de trozos de algodón, se dejó bien limpia la herida. Entonces apareció a media vista, los huesos, pertenecientes a un esqueleto, los que se extrajeron por medio de pinzas de grandes ramas. El orden en que se extrajeron los huesos fué el siguiente: ~~Museo Nacional de Medicina~~ una sustancia putulajiosa; huesos de los miembros fibrosos y fijos; Omoplato. Huesos del cráneo: parietal.

A causa de la dificultad que se experimentó para extraer este hueso, (por ser una pequeña la incisión que se hizo en el saco), hubo necesidad de agrandarla, prolongando la abertura en la parte superior, por medio de un golpe de tijeras. ~ De este modo, la extracción del parietal se hizo fácil. ~ Pero mas tarde, se notó un accidente bastante desgradable: una pequeñísima asa de epífora apareció en el vértice superior de la herida, en la misma dirección ~~de la mano de Agustín~~ en que hubo necesidad de aumentar la incisión del saco. ~ A fin de que el epífora no luciese hernia en una mayor extensión, i librando del contacto de los líquidos <sup>sépticos</sup> que se desprendían del saco, se le mantuvo sujeto, por la empuje que se ejerció en ese punto por una gran espuma. ~ Conjunto ~~en punto~~ este accidente, al enciñándose el interior del saco un tanto desocupado, el Dr. Körner, ~~ya~~ introdujo el índice en la cavidad del kisté, i constató que las paredes estaban como "grameadas de sust. calcáreas." ~ Las paredes eran bastante gruesas i había en ella como "depresiones o hundimientos" en los cuales podía introducirse <sup>con facilidad</sup> el índice. Además, se notó la existencia, ~~de un~~ <sup>de un</sup> ~~facto~~ <sup>en este momento</sup> del cráneo fetal en la parte izquierda del abdomen. ~ Se entornó, despues en la extracción del esqueleto, apareciendo, gran cantidad de sustancias en putrefacción mezcladas a pedazos de hueso, formando todo una especie de papilla. ~ Se desprendió entonces, ~~el~~ <sup>el</sup> parietal, una costilla, un pedazo del frontal, el occipital, nuevas costillas. ~ Sale <sup>en este momento</sup> una gran cantidad del líquido oscuro i fetido que dijimos en el principio. ~ Aparece

(32) (7)

159

Esqueleto de un Feto de término,  
estáido por la Laparotomía en la Operación del 17.  
de Agosto. - (1ª. observación.)

Los huesos estudiados fueron los siguientes:

Cráneo. ~ El Frontal (en dos cuños). Parietales; temporales. Occipital (dividido en cuatro cuños). Esfenoides. Maxilar Superior (2 cuños). Maxilar inferior (dos cuños). Malares. Una parte del Etmoides.

Máanas. Palatinos. Una cincra. ~ Tactam pues los huesos nasales, los Unqis y una Coneja. ~ ~ Rientes: 2 caninos; 6 molares, y 5 mas que no se pueden clasificar.

Huesecillos del oido: ~ Los dos Martillos en sus apófisis ya bien desarrolladas.

Miembro superior ~ Como el anterior los pequeños huesos del campo, metacarpio y dedos, que no se pueden distinguir. ~

Huestas: Veintey dos. ~ Arco vertebral: 43. ~

Huesos glaciares: ~ Se encontraron separadamente los yeguinos y los gleyos.

Miembro inferior: ~ También completo en excepción de los huesos del Tarso metatarsos y dedos, que de la Rotula no se reconocian bien.

Metacarpianos o Metatarsianos y falanges: 41.

Huesos del Campo o del Tarso: ~ 39. ~ y 2 huesos, que no se pudo reconocer. ~

Total: 189 huesos, sin contar

los dientes, ni el huesecillo del oido. ~

### Mensuración de los huesos Museo Nacional de Medicina

Frontal: ~ En su mayor diámetro  $\frac{7}{2}$  centímetros. ~ su menor  $\frac{6}{2}$  centímetros.

Parietal mayor: Del borde superior al inferior 8 c.9. ~ En su diámetro mayor  $\frac{9}{2}$  c.

Occipital: desde el ang. sup. a la apófisis basilar  $10\frac{1}{2}$  c. ~ Transversamente 6 cent.

Cada mitad del maxilar inferior 6 y medio centímetros.

Fémur: 8. cent. y 7 m. ~ Tibia:  $\frac{7}{2}$  cent. ~ Peroné. 7. 4. ~

Clavícula:  $5\frac{1}{2}$  cent. ~ Omoplato: del ang. inf. a la coracoides 5 c. ~ 1ª. Costilla:  $3\frac{1}{2}$ . ~

Húmero:  $7\frac{1}{2}$  c. ~ Cilíto. 7. ~ Radio 6. ~ La costilla mas grande:  $9\frac{1}{2}$  cent.

Quedan las otras medidas que tomamos en los demás huesos.

Como se vi fués, estas dimensiones se refieren, mas o menos a las que dan los anatómistas para los mismos huesos llegados al final del 9º mes. ~

Haciendo un cálculo approximativo, se podria apreciar en unos 44 a 45 centímetros, la longitud total del esqueleto del feto estudiado.

Algmas particularidades, se podrían añadir respecto de alg. huesos, sobre todo, lo que se refiere a los alivios delos maxilares, pero cosa prolongan demasiado esta relación. ~

(1) En varias ocasiones se trató de hallar el óficio de Comunicac. del Quiste fétal con la Vesiga, pero fue "imposible".

en seguida, un temporal; diversos pedazos de hueso cuya origen no se pudo encotrar en ese momento. ~ En fin para concluir, en el vaciamiento del saco, dimos que se extrajo el esqueleto casi completo de un Niño, <sup>de término</sup>, en especial de algunos huesos del cráneo y de la cara; falta además dos costillas y el esternón. En todo se trajeron 190 huesos. ~ Separadamente damos el n.º de huesos, i las medidas hechas sobre ellos. ~

Se hizo despues una nueva exploración del saco, en todo su entorno. Se nota que está adhendo en todos direcciones a las paredes abdominales. ~ Enseguida se hizo un lavado del interior del saco en una solución <sup>tibia</sup> de ácido bórico. ~ Las primeras porciones de agua salian muy turbias y cargadas en los detritus que se desprendieron del saco. ~ Se puso enseguida a limpiar el fondo del saco <sup>con un paño</sup> con algodón y esponjas. ~ Una vez mas, se introducen los dedos en la cavidad, i se extraen todavía algunos pedazos de hueso que estaban como "incrustadas en la pared. ~ Bien libre el saco y perfectamente limpio, se hizo una segunda irrigación en el mismo líquido licuado. ~ Se entiende, en seguida, a ocuparse de la pequeña asa epiploica que había hecho hernia. ~ Se le lavo en gran cuidado, i se practicó sobre ella una ligera tracción para aplicar un punto de sutura i resecar la parte de epíplano que habría estado en contacto con las matías sépticas que se desprendían del saco; lo que se hizo del modo siguiente. ~ Se introdujo una aguja, inhebrada en un hilo doble, en la parte media de la asa, i se hizo una sutura en forma de mm: 8. ~ Se ~~colocó~~ en resaco la parte del epíplano que quedó por debajo de la sutura y se fijó el n.º a la pared del vientre, por medio de suturas, en el angulo superior de la herida. ~ Se procedió <sup>después</sup> a fijar las paredes del saco, a los bordes de la hendidura muscular, dejando abierto el his्टe en una extensión de unos cuantos centímetros. ~ Se colocean 3 puntas de sutura en el lado derecho i 2 en el izquierdo. ~ Nuevos lavados del saco en una solución férmita al 5%. ~ Se practicó despues, la sutura de la pared abdominal, dejando sin amarrar los hilos de la parte inferior, para hacer por este punto el tapamiento del int. de la cavidad, en gasa ido formada.

Se emplearon 4 tiras dobles de gasa, de metro i medio de largo por 6 centímetros de ancho. ~ Concluido el tapamiento se entiende una sonda en la Vesiga, la que dio salida a una cantidad de

líquido oscuro, y fétido, identico al que fluia del interior del saco en la herida abdominal. ~ Se hizo después la emaciación <sup>antes de</sup> i el vendaje del vientre. ~ La enferma es colocada, en seguida, en una cama caliente calentada. ~

La operación drio una hora exacta. ~ Cloroformo empleado 100 gramos. ~ Temperatura de la sala durante la operación 16°. ~ Seña alargar demasiado esta operación si se intentase esperar, cuando se preparan los instrumentos y demás útiles que se emplean en la operación. ~ Primero solo ocuparme luego de la operada.

Después de la Operación. ~ Nuestra enferma despertó <sup>inmediatamente</sup> del cloroformo, después de concluido la evolución del vendaje. ~ La enferma entiende <sup>poco</sup> inmediatamente después. ~ P. 104. R. 26, F. 35. ~ La enferma entiende en seguidad las palabras que se le dijeron. ~ Esta tranquila. ~ A las 12. F. 36.4. ~ P. 110 - R. 28. Se puso la sonda en la vejiga i se extrajeron 80 gramos de orina. La orina es <sup>ahora</sup> mi distinta de la que la enferma expelia antes de l'op. Es ahora mas clara, no tiene un olor tan fuerte, pero siempre deja precipitados residuos por el reposo. ~ A las 4. ~ F. 38.7. P. 132. R. 33. Se queja de dolores <sup>muchos</sup> al vientre. Se le hace una inyección hipodérmica de morfina i de atropina. ~ Ha tenido náuseas. ~ Se le dan pedazitos de hielo. ~ A las 6. ~ La enferma esta mas tranquila. Se han calmado los dolores al vientre. ~ A las 8. ~ P. 140. R. 38. Se impide nuevamente a quejarse de los dolores abelos. ~ Tomó dos veces, a las siete. ~ Se dijo a la practicante que si aumentaban los dolores se le hiciera una inyecc. de morfina. ~ Se le estrijo l'orina. ~ Día 2º. ~ Pasó bien la noche. Durmió bastante i reposadamente.

A las 8.A.M. ~ F. 34.8. ~ P. 120. ~ R. 29. ~ El vendaje está húmedo. ~ Se le estrijo la gasa del interior del saco. ~ Despedía mal olor. Lavados de la cavidad en agua boratada tibia. ~ Se relleno el saco en gasa yodoformada. ~ Nuevo vendaje. ~ No hay metástasis del vientre. Se queja si, de dolores. ~ Se estrijo la orina. A las 4.P.M. ~ F. 38.2. P. 130, R. 30. ~ Ha pasado bien el dia. ~ Solo se queja de gran desarrollo de gases intestinales. ~ La enferma ha tomado inmediatamente agua de cloro de huevo. Lengua limpia i humeda. La orina se estrijo i es ya bastante clara. Se le dio champagne, la cual tomó en mucho agrado. ~

A las 8. P.M. ~ T. 38. P. 130. R. 32. ~ La enferma se siente un poco inquieta a causa de la incomodidad que le causan los gases del intestino. Se coloca la sonda rectal i salen gases en gran cantidad. ~ Se le administró una cucharada de magnesia flúida. ~ La orina, <sup>se ha entubado</sup> es mas clara i tiene otra vez mal olor. ~ Se le prescribió una inyección de morfina que se le administraría a las 9 o 10 de la noche. ~

Día 3º. ~ Pasó regular noche. Durmió por momentos. ~ 8. A.M. ~ La enferma se siente bien. Se le han calmado los dolores al viente ~ T. 37.5 ~ P. 120. R. 24. ~ Se cambió la emaciación. ~ El vendaje no está pasado. ~ Se sacó el tapón de gasas, i se lava la herida con agua arrastrando menos detritos del ~~panco~~ i se hace una limpieza. ~ Se colocaron dos gruesos tubos de drenaje i se lava la emaciación como el día anterior. ~ Vientre: ligeramente meteorizado. ~ A las 3.P.M. ~ Ha pasado un dia. Ha tomado té con leche y caldo dos veces. ~ T. 38.9. P. 135. R. 30. ~ ~ A las 7. Se extrae la orina, 80 gramos; <sup>mas</sup> clara. Tomó Caldo otra vez y Champagne.

Día 4º. ~ 8. A.M. ~ Pasó la noche bien regular, i durmió, sin morfina. ~ Vendaje miel hidrocoloides; la orina había pasado y humedecido el vendaje. ~ Se creyó que los tubos eran la causa de esto, i se les sacó; en su lugar se colocó un pedazo de gasa. Se nota el olor amniacal que despidió la herida. A pesar de esto la enferma se siente bien. ~ T. 37.6. P. 120. R. 24. ~ A las 3 P.M. ~ Se le lava la orina; es clara. ~ Ha tomado caldo, café i leche i un bueco fresco. ~

Día 5º. Durmió bien. ~ 8. T. 37.3. P. 99 - R. 24. ~ Vendaje bastante pasado por la orina. ~ Se envió emiso de costumbre. Y se coloco un tapón de gasa. ~ Se siente bien. ~ 3 P.M. T. 37. ~ Se sacó la orina. Escasa i turbia. ~ ~ ~ Día 6º. 9. A.M. ~ Noche regular. ~ Almíbar, panino a las 6 A. ~ Tomó un fungante de incisivo. ~ Se envió, i el vendaje estaba pasado por la orina. ~ Se notó un poco de supuración en la parte sup. de la herida. En el punto de sutura inf. el que sostenía. Se le extrae. ~ Se lava muy proplijamente y se lava el vendaje. ~ 4 P.M. El fungante le ha producido dos depósitos abundantes. ~ Se le coloca una sonda permanente en la vejiga. ~ Se siente bien. ~

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Dia 7. Vendaje húmedo. Se curó. ~ No hay nada de particular.

La noche ha sido muy tranquila. ~ Todo el dia ha estado sin novedad.

Dia 8. ~ Sigue muy bien. No hay temperaturas elevadas. Se curó y el vendaje no estaba pasado por la orina.

Dia 9. ~ La noche ha sido muy buena. Se curó la enferma. Vendaje seco.

Se sacaron algunos puntos de sutura (2 en la parte superior, 2 en la inferior; 4 en el borde derecho; 2 en el izquierdo). ~ Se le administró una lavativa envenante. ~

Dia 10 y 11. ~ Nada que observar. La herida está en vía de cicatrización.

La enferma se siente muy bien. ~ Se sacó el tapón iodiformado, ~ se pulvirió minicamente yodoformo <sup>en la herida</sup>. ~ La orina ha sido

Museo Nacional de Medicina

Dia 12. ~ Sin novedad. La orina filtra por la herida. El tapón yodoformado no se ha vuelto a colocar mas. ~ El vientre estaba tanto dolorido

y ocupado por matrinas fetales. Hacia tres días que no oraba. ~ Se le puso una Lavativa Simple con Glicina y Magnesia fluida. ~ Despues de esto, la enferma se ha sentido perfectamente.

Dia 13. ~ La enferma no se ha curado. Sigue bien.

Dia 14. ~ Se le cambió el vendaje. Este estaba húmedo solo en las primeras capas de algodón, mas, siempre filtra la orina.

Se le hizo un lavado de la Vejiga con ácido bórico. El líquido salía en gran parte por la herida abdominal. ~ Curaem enim.

Dia 15. ~ Vendaje húmedo i en frío oloí amoniacal. ~ La presencia de la orina en la herida está marchitando y la cicatrización avanza señaladamente.

Dia 16. ~ Se curó. La orina sale en menor cantidad por la herida.

Dia 17, 18, 19, 20. ~ Se han pasado sin ninguna novedad. La orina filtra en minima cantidad. ~ La cicatrización está ya muy avanzada.

La enferma tiene buen apetito, i se le da una alimentación reparadora.

La Orina de las 24 horas es en cantidad de 1.000 gramos. ~ Se deposita en el fondo una pequeña cantidad de mucus. ~ No hay pus, ni albúmina. El olor desagradable ha desaparecido.

Dia 21. ~ La enferma se siente muy bien. ~ Se le ha dado Agua de Janos que se queja de estíquias. En este día se le sacó la sonda de

Nefrósis, que se había colocado en la vejiga. ~ La enferma orina sin sonda, sin dificultad. ~ Los mamelones carnosos de la herida la han cubierto completamente. Y ya no filtra la orina por la herida.

Dia 22, 23 y 24, <sup>7<sup>25</sup> ha pasado mi bien. ~ La enferma ~~sienta~~ por la primera vez en su cama, el dia 24. ~ En estos últimos días solo se ha levantado la enferma cada dos <sup>otras</sup> días.</sup>

Dia 26, se curó la enferma. El vendaje ligeramente húmedo.

Los bordes mucosos de la herida, completamente cicatrizados.

Falta la restauración de la piel en una extensión de 2 centímetros.

Se le hizo un lavado <sup>tibio</sup> de la vejiga en ácido bórico. El líquido salía bien limpio por la boca. No filtró absolutamente nada por la herida abdominal. ~ El estado general de la enferma es muy satisfactorio.

Los días siguientes se pasan mi bien. ~ Pero el dia 31, la enferma acausa, mal estar, general; lengua saburral. Temperatura de 38.8%. ~ La enferma ~~meditaba~~ respiro. Y hacia varios días que no se le oprime el vientre. ~ Su orina era normal en cantidad y calidad.

Se atiborra el alza de temp. al respirar y a la retención de las matinas excretivas. ~ Se le administró un fumigante de aceite ricino, y una poción sudorífica. ~ Al dia siguiente la enferma se siente mi bien. ~ Se le han hecho <sup>en la herida</sup> enemas en <sup>el espacio de</sup> mitad de plato para apresurar la cicatrización <sup>de la piel</sup>. ~ A los 26 días después de operada, nuestra enferma se levanta del lecho por la primera vez. Estuvo 3 horas en pie, y no ha hecho nada que observar; <sup>desde entonces lo ha hecho cotidianamente</sup> ~ La cicatrización de la piel no se hace todavía. falta como medio centímetro en la parte superior. ~ que se haga la operación. ~ El dia 37, se practicó un examen ginecológico por el Dr. Koenen. ~ Se pudo observar que el útero, pequeño, se hallaba en retroversión. ~

En los días siguientes, no hubo nada que basta para la atención a no ser la "falta de cicatrización de la piel". ~

En uno de los días en que se curó la enferma, i examinando en atención la parte de la herida que no cicatrizaba, el Dr. ~~asistente de~~ la clínica, notó que un punto de sutura, de los que habían sido colocados para fijar el epitelio a la pared abdominal, estaba suelto en medio de los mamelones. ~ Se le extrajo con gran cuidado, una hebra de seda.

Desde entonces, la herida de la piel ha cicatrizado rápidamente i en tres días, se ha hecho completamente.

<sup>interiormente</sup> completamente establecida, gorda <sup>contenta,</sup> y de mi buen semblante, nuestra enferma abandona el Hospital <sup>el dia</sup> <sup>a los</sup> ~~después de~~ 26 de Octubre despus de 63 días <sup>después de operada</sup>. ~ La enferma se dio de alta el dia 9 de Octubre, pero permaneció en el hospital, esperando que viniera a buscárla de su <sup>casa</sup> pueblo. ~

## Observacion 2a/.

Rosario Gonzales, de 28 años, casada, nacida en Rengo, entró al Hospital el dia 8 de Setiembre del 892, y ocupó la cama número 347 de la Sala del Carmen, Servicio de ginecología del Dr. Körner.

Estado actual. - Es una mujer de una ~~bastante~~ <sup>regular</sup> ~~mediana~~ constitución, a pesar de los sufrimientos que <sup>dice</sup> <sup>dice</sup> padeció hace ya algún tiempo. ~~desde~~ <sup>especialmente</sup> blanque nos suelta maneras padecimientos; un <sup>sobre todo</sup> de un temperamento sanguíneo.   
Pintada la enferma, nos refiere que ha venido al hospital, porque sufre de "dolores en el abdomen, <sup>especialmente</sup> en las caderas, que le dan la sensación como de una quemadura. - De queja, además, de un <sup>sobre todo</sup> humor que lleva en el vientre <sup>tristeza</sup> más de tres años, y que le impide andar y aun moverse con facilidad en la cama. Diarrea, que es lo que mas <sup>atormenta</sup> a la enferma, pues cada deposición es acompañada de "violentos dolores" que le hacen casi perder el conocimiento. Padece <sup>desde 38.9. - 41-37.8.</sup> casi constante de un "flujo amarillento y fétido por la Vajina; fiebre, inflaquecimiento y falta de apetito", pasando casi los días sin comer. El Vientre es también sumamente sensible que aun las cubiertas de su cama le ocasionan grandes dolores. - El sufrimiento ~~esta~~ se deja ver en el semblante de la enferma, y suplica encarecidamente la liberación de sus tormentos. - Este era el cuadro de <sup>los</sup> síntomas más resaltantes que presentaba la enferma cuando ingresó a la sala. -

Estado anterior. - Nos cuenta haber tenido siempre buena salud, antes de la enfermedad que actualmente padece. ~~Muy solo se acuerda de haber sufrido de estriñez, y de~~ <sup>que lo tuvo a los 26a.</sup> ~~Nemesis que tuvo hace cuatro años, pero que no~~ <sup>mejoró después compl.</sup> ~~solo perfectamente.~~ Los antecedentes de familia no tienen importancia. Sus padres viven en la actualidad así como seis hermanos: ~~que todos son~~ <sup>que lo tuvo a los 26a.</sup> ~~son~~ <sup>que lo tuvo a los 26a.</sup> ~~hombres.~~   
Historia sexual. - Sus reglas han sido regulares <sup>algunas</sup>, habiendo menstruado la primera vez, cuando tenía 16 años. - Su última regla no recuerda, cuando la tuvo, pero asegura hacer mas de un año a que no menstruó. - Ha tenido dos hijos. <sup>que lo tuvo a los 26a.</sup> Su primer parto que sin novedad habiendo se levantado a los seis días después. No fue así el segundo, pues recuerda la enferma haber sufrido mucho entonces. - Segun las explicaciones que da la mujer parece que hubo una retención de la Placenta? - Solo se pudo liberar a los 26 días después de agudos dolores en la región del bajo vientre. <sup>tenía entonces 26a.</sup> ~~Alimentado a sus hijos.~~ -   
Mas o menos, como a los <sup>según ella,</sup> ~~dos~~ <sup>tres</sup> años después de este punto, la mujer se hizo embarazada por la 2a. vez, y a fines de Mayo del 891 debió dar a luz su <sup>según ella,</sup> tercer hijo. - Desde esta fecha <sup>también</sup> empiezan sus padecimientos. -

Descripción de su enfermedad. ~ Refiere la Paciente que a fines del mes de Mayo de 1891 (época en que debía tener lugar, la terminación de su 3er embarazo), recibió un fuerte golpe en el vientre, ocasionado por la <sup>como digimos,</sup> "topada" que le dio un ternero, <sup>sorprendiéndole de la misma expulsión de la enferma;</sup> pendiendo en el acto el encelamiento, i solo volviendo en si, después del espacio de 6 horas, según le dijeron las personas que la rodeaban. ~ Recobrados los conocimientos, la enferma se vio atacada de "agudos dolores" en el abdomen, especialmente en la región hipo gástrica. Estos dolores se prolongaron en mas o menos intensidad durante tres días, al fin de los cuales comenzaron a disminuir paulatinamente hasta desaparecer por completo al cabo de un mes. ~ Seis días después de cesado el hematismo, se produjo en la enferma una hemorragia genital abundante la que tratada por algunas medicinas que le hicieron, cesó al final de ocho días. Al poco tiempo desapareció la hemorragia, persistiendo como por nueve días y transformándose <sup>el tinte i consistencia de la sangre.</sup> en la fértil constante de un líquido amarillento, sin olor, en cantidad bastante apreciable y enja duración alcanzó hasta un mes. ~ Despues de estos accidentes, la enferma empieza a sentirse mejor i a recobrar poco a poco su estado habitual, no sin alguna sorpresa de su parte, <sup>por no haber tenido su parto</sup>; cosa que ella explicaba a causa de la topada que le dio el ternero. ~ En el mes de Julio del 91, <sup>Su vientre permaneció siempre abultado.</sup> reaparecieron sus reglas como en épocas normales, durándole tres o cuatro días, lo mismo que cuando estaba en buena salud. ~ Su apetito (que había perdido durante la enfermedad), volvió a aparecer; en fin su estado era tan satisfactorio que la enferma "podía andar y aun comer segun dice". ~ Cuatro meses se pasaron de este modo, no llamándole la atención otra cosa a la enferma que "lo que" observó <sup>dijo:</sup> a bajarle, como ella refiere; & disminuyó de volumen hasta tener las dimensiones que nosotros <sup>anotamos</sup> anotamos mas adelante. ~ Pasados estos cuatro meses, sin <sup>ser</sup> tornos muy graves, se presentaron en la enferma: En una noche fué acorralada violentemente por grandes dolores en la región del bajo-vientre que se ira, diabán hacia la columna vertebral i a las ingles, gran malestar en sentimiento de angustia pectoral, fiebre, "Vivía eno, ella dice, fantasmas i tenía mucho ardor". En esta misma noche, tuvo una fértil de líquido amarillento, y de mal olor por la vagina, que le recordó al que antes había tenido. ~

Mencionada por estos síntomas tan inspavoridos, visó a un médico, quien le aconsejó que se viniera inmediatamente a Santiago. ~ La enferma así lo hizo y llegó al Hospital, a ocupar una camilla de la Sala del Rosario, Servicio de clínica, a cargo en ese tiempo del Dr. Möricke, en el mes de Noviembre de 1891. ~

Los datos que pase a expresar, se refieren al examen que se hizo de la enferma en esa clínica: "los síntomas, que presentó durante su estadía en la clínica". Me han sido suministrados por el <sup>Ayudante</sup> jefe de la Clínica, doctor Román Zegers.

(Dr. Möricke.)

Examen Ginecológico. Desde luego se pudo notar la "pudor" por la Vajina, de un "líquido amarillento", de olor fétido. ~ Hecho el examen vaginal se constató que tanto las paredes de la Vajina i el cuello eran normales. ~ El examen bimanual, reveló la existencia de un Tumor, cuya <sup>dos travesas de dedo por encima del ombligo</sup> límite superior era <sup>el ombligo</sup>, e inferiormente llenaba toda la excavación de la gran pelvis. ~ De cuyo, que este "Tumor", que era sensible, duro, desigual i un poco móvil, estaba formado por el útero aumentado en sus dimensiones. ~ Introduciendo el Histerómetro, marcó una <sup>algun</sup> medida que media 15 centímetros. ~ La introducción de la Sonda urinaria presentó alguna dificultad, a causa de la resistencia que hacían la presencia de cuerpos extraños. Esta dificultad se subsanó, haciendo experimentar a la donada cambios frecuentes en su dirección, la que se logró colocar, sobre todo hacia Arriba y adelante. ~ Este examen se hizo sin Cloroformo. ~ Completámos este examen, en el q. se hizo después en la clínica del Dr. Koerner. ~ Tomando en cuenta los antecedentes de la enferma, i lo que reveló el examen que se hizo; el Dr. Möricke creyó que se trataba de <sup>hecho aunque muy raro, posible</sup> la "retención de un embrión y resto, en que el feto se había engistado". ~ Averiguó, que se llevase la "dilatación forzada del cuello del útero, para proceder a la "extracción parcial del feto".

En Diciembre se cloroformó a la enferma, i para desinfección de los órganos genitales, se hizo la "dilatación del cuello" por medio de los dilatadores de Hegar hasta llegar al n.º 24 de la Serie. ~ Se trató en seguida de introducir la mano en la cavidad urinaria, para ver si se lograba estrecharla <sup>algun</sup> momento, permaneciendo podido introducir sino los dedos, i siendo <sup>muy</sup> difícil. En preparación dentro del útero, fue imposible verificar la extracción. Se recurrió entonces al empleo de largas pinzas, las que no produjeron mejor resultado. ~ La introducción de los dedos en la cavidad, dio la certidumbre de que el Tumor estaba formado <sup>por</sup> <sup>enfermedad</sup> <sup>enfermedad dura:</sup> <sup>"fusos."</sup> masa informe, <sup>intimamente adherida</sup> en la cual se podía apreciar la existencia de superficies óseas.)

Estas tentativas de extracción, se habían prolongado ya como hora i media, y como no se había obtenido ningún resultado, se tuvo de hacer reposar a la enferma. ~ Para exhibir una ligera hemorragia que se produjo por las maniobras descritas, así como para impedir que se ultrajase el la cavidad del cuello, se coloco un tapón de gasa iodofornizada procurando ejercer <sup>nuevo</sup> <sup>una</sup> compresión. ~ Al dia siguiente, la enferma no tuvo ningún <sup>nuevo</sup> síntoma. ~ Se sacó el tapón i se hizo un "lavado" desinfectante en Crestina, el <sup>la cual no le pudo hacer llegar a mi poder,</sup> que arrastró en su valvula a una pequeña salanganje. ~ Se le coloco un nuevo

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Sáporo. ~ Al dia siguiente, la enferma dice haber pasado una mala noche, a causa de grandes dolores en el vientre. ~ Se le hizo un nuevo lavado i se sáporo. ~

El doctor Möncke, recomendó que se <sup>aumentase</sup> nuevamente la dilatación del cuello, no ya por los dilatadores<sup>de Hagar</sup>, sino valiéndose de un Colpotomé. ~ El manejamiento de este aparato fue imposible. La enferma lo expulsaba a cada momento. ~ El Dr. Möncke, dijo entonces, que en vista de estas dificultades, no había otro recurso que la "Laparotomía", operación que probablemente sería fatal para la enferma, a causa de las contracciones uterinas. ~ Se le prescribieron lavados diarios de glicerina, inicis tratamientos que se hizo en la enferma, hasta el mes de Marzo, fecha en la cual abandonó el Hospital, para irse a su casa". (al campo). ~



**Museo Nacional de Medicina** al lado de su familia, sufriendo constantemente dolores abdominales que le privaban del sueño, diarrea, casi constante, fiebre, anorexia, inflaquecimientos, perdidas de fluidos por la vagina, etc., hasta que desesperada ya de tantos sufrimientos, se resuelve entrar al Hospital por segunda vez, en vista de las reflexiones formales, que le hiciera un alumno de la clínica, de cuya familia la enferma era doméstica. ~

Fue pues trasladada<sup>el 8 de Set.</sup> a la Clinica del Dr. Körner, en donde quiso que le diesen cuanto antes una operación. ~ Hemos apuntado ya<sup>al empajar esta relación,</sup> los síntomas generales que presentaba la enferma; cuando la observamos<sup>por 14 vez</sup> en su regresión en, hacia al Hospital. ~ Solo insistí aquí en el Examen del Abdomen. ~

Es este extremadamente sensible, tanto que la enferma permanece constantemente de lado, para evitar el contacto de la ropa. **Museo Nacional de Medicina**

La Pervension, dà sentido mate en <sup>toda</sup> la estómaga ocupada por el tumor.

Es este irregular, como presentándose abolladuras en ciertos puntos. ~

Ocupaba casi la linea mediana del abdomen, siendo su límite superior el ombligo e inferiormente ocupaba toda la gran férula. <sup>ahora</sup> <sup>Si la enferma dice que su vientre se ha</sup> <sup>abajo</sup> <sup>desplazado.</sup>

La Mensuración del Vientre dio las siguientes cifras:

Bcircunferencia mayor (omblogo): 72 centimts. ~ Distancia del apendice xifoides al ombligo 12 c.c. ~ Distancia del apendice xifoides al Pubis 18 cent. ~

Examen combinado. ~ Comprobó los caracteres dados anteriormente para el tumor: ~ El útero y sus anexos no se pudieron apreciar<sup>ni menos apreciar</sup>. ~ El fondo de saco vaginal seco, estaba ocupada por una eminencia dura y sensible. ~ La vagina y el cuello del útero eran normales, i este último tenía sus labios aplicados. ~ El Examen rectal, no reveló otros datos, que la presión y irregularidad del tumor; i una ligera prominencia que existe hacia sobre el Recto. ~ El Dr. Körner opinó que no se trataba de un Embarazo Intero-ut, sino Extra-ut, ~ i que debía operarse luego la enferma, a pesar del estado desplorable en que se encuentra.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La enferma permaneció en este estado, sufriendo extremadamente, y deseando que se hiciera luego la operación que debía liberarla de sus tormentos.

La fiebre que tomaba los emaciados de una fiebre tóxica, la diarrea, el infla-  
gucimiento, y sobre todo los dolores tan agudos que amortiguaban  
a la enferma, hicieron aplazar la intervención, antes que el estado  
final de la enferma se hiciese más grave. ~ La laparotomía era la única  
probabilidad <sup>decorada está</sup> para salvar la vida del paciente. ~ Se practicó el dia 22 de Octubre. ~

Antes de la operación. ~ La enferma fue preparada, como se hizo  
en la anterior. ~ No tuvo fuertes reacciones, y solo consignare el estado  
de la paciente en lo que se refiere al Pulso y la temperatura: 7.37.5.  
P. 78. ~ R. 20. ~

Museo Nacional de Medicina ~ Preparación ~ Desinfectada la piel, y habiéndose esterilizado  
la operación, y estérilmente para la enferma bien cloroformada, el doctor Körner  
practicó una incisión que empieza a cuatro índices de dedo por encima  
del pubis y termina a unos 5<sup>4</sup> por debajo del ombligo. ~ Se seccionaron  
aisladamente las diferentes capas de la pared abdominal, hasta llegar  
lugar a la aponeurosis. Prendida ésta, se cayó inmediatamente sobre  
el saco que envolvía el tumor. ~ Los índices del saco estaban completa-  
mente adheridas a la pared abdominal anterior; ~ En este momento se colo-  
có una sonda en la vejiga para ver si está tenía relación con el saco.

Museo Nacional de Medicina ~ Nada se pudo comprobar por este medio. ~ Se incidió entonces el saco,  
y hubo una pequeña hemorragia producida por la división de una arte-  
riola. Se colgó con pinzas hemostáticas. Museo Nacional de Medicina  
se suspendió en el momento de la abertura del saco no volvió nunca desa-  
gradable. Se introdujo inmediatamente el dedo en su cavidad y se pudo ver  
los huesos del esqueleto de un Niño. ~ Apareció <sup>desde luego</sup> a la vista una fibra, de un

Museo Nacional de Medicina ~ color blanco. ~ A causa de que la abertura hecha en el saco era excesiva,  
se tuvo necesidad de agrandarla, lo que se hizo hacia arriba con sierras.  
Inmediatamente se comprobó a estériles los huesos contenidos en el saco, pero a  
causa de que la abertura no era suficiente, <sup>se prolongó</sup> por segunda vez  
la incisión, y se entramó la extracción. ~ Como las paredes del <sup>Kisté</sup> saco eran  
gruesas, el saco se retrajo, y se notó que una parte de piel aparecía en  
el interior. ~ Inmediatamente se ejerció sobre el una ligera tracción, se le desinfectó en  
un agua enfriada y se le fijó por medio de un puntal de sustancia de reda  
a la piel, después de haber reseado una parte de él. ~

Museo Nacional de Medicina ~ Hay riesgo, que tienen los peligros de una infección perioperatoria, pero

en vista de las muchas adherencias, no es éste un peligro inminente. En seguida se entramis en la extracción de los huesos, y una vez que el saco estuvo vacío, se exploraron en el dedo sus paredes. Estas eran onfrentadas; existían en ella <sup>i abjas</sup> perforaciones o luminos, sobre todo en las partes laterales del saco, así es que quizás, en un momento dado, el saco se podía haber abierto en cualquier órgano vecino. Se introdujo después el histerómetro para poder observar las relaciones que existían entre el útero y la cavidad del saco.

Sin embargo en una mano la sonda, i en los dedos de la otra introducidos en la cavidad kística, el Dr. Körner pudo comprobar que el útero se hallaba situado alas y hacia la izquierda. La sonda penetró sin encontrar náves, i su intento de buscar <sup>siguientemente</sup> la comunicación entre el saco y la cavidad kística. La sonda no reveló nada a este respecto.

Después de esto se hizo un lavado del interior del saco con agua boratada. Se desprendieron en ella gran cantidad de detritus i pequeños huesos.

Se hizo una nueva tentativa para encotrar el punto de comunicación que debía existir entre el saco i las paredes uterinas o vaginalles, pues el líquido en que se lavaba la cavidad, salía en parte por la vagina. El examen bimamial, hecho en los dedos de una mano introducidos en el saco, i los dedos de la otra en la vagina, no tuvo tampoco ningún resultado. Por fin, tratando de introducir nuevamente la sonda uterina, ésta se deslizó a través de la "pared anterior del cuello" <sup>intento hacer</sup> buscando comunicación en la parte izquierda y hacia alas del saco.

Con esto se pudo pues, comprobar que existía evidentemente una comunicación entre el útero y el cuello del útero. En seguida se hizo un nuevo lavado del saco y se limpió bien su cavidad en trozos de algodón fenciado.

En seguida se unió <sup>después</sup> por medio de suturas los bordes de la herida del saco a los bordes de la herida abdominal correspondiente. <sup>apoyándose</sup> se cerró las suturas de las paredes del vientre por la parte superior, dejando sin amarrar los hilos de la inferior para hacer por esta parte el <sup>de la cavidad</sup> tapón anártico <sup>cirugías</sup> y <sup>gases</sup> yodoformada. <sup>de la cavidad</sup>.

Antes, se espolvoreó yodoformo en el int. del saco. Se hizo nuevamente la boilete del vientre, i se colocó un vendaje.

Los huesos extraídos pertenecen a un feto de ternero, y su número asciende a 98-. Adjuntamos una lista de los huesos extraídos, con sus medidas. (26a)

Durante la operación la enferma tuvo dos veces vómitos. Su duración fue de una hora, doce minutos. El yodoformo usado: 70 gramos.

Después de la Operación. ~ P. 80. F. 35.8. R. 28. ~ La enferma no despierto del cloroformo sino media hora después de concluida la operación. Durante este tiempo estuvo bien. Sin vómitos, y su pulso era satisfactorio. No hubo fiebre, necesidad de administrarle inyecciones estimulantes. ~ A las 11, de la mañana; Se queja de dolores al vientre. ~ Tiene vómitos. ~ F. 36.. P. 104. R. 32. ~ ~ A las 1. P.M. ~ Siguen los dolores. No ha vomitado otra vez. ~ A las 3. ~ Los dolores aumentan. Se le hace una inyección de morfina. Se coloca una vejiga de hielo en el vientre. P. 125. F. 37.8. ~ R. 46. ~ Se le echa la orina: 80 gramos. ~ Tiene un color oscuro. ~ Dolorosas arcadas. ~ A las 5. ~ Está más tranquila. Han calmado un poco los dolores. ~ Vómitos biliosos. ~ Se queja de sed. Se le dan pedazos de hielo. ~

A las 8. P.M. ~ F. 37.6. P. 10. R. 36. ~ La enferma se queda dormida. ~

Día 23 de Septiembre ~ después de la operación. ~ A las 7. A.M. ~ La enferma ha pasado una regular noche. ~ Durmió desde la 8 hasta la 1 de la mañana hora en que tuvo vómitos. ~ En la noche anterior se le hizo una inyección de morfina. Se le echa <sup>100g.</sup> la orina, tibia y oscura. ~ En este momento tiene vómitos. Se le da hielo. ~ A las 8 <sup>1/2</sup> se le hace la enema Cnacim por el Dr. Körner. ~ El vendaje solo estaba húmedecido en sus primeras capas, (las gasas). ~ El abdomen no estaba hinchado; siempre si muy doloroso. ~ Se extraen las gasas del interior del saco. Estaban bastante <sup>1/2</sup> infeccionadas de surcos, putulajosas y de delirios de la carne. Su olor es bastante fuerte. ~ Examinando, de visu, la funda de la carne, se alcanza a ver como pequeñas trozos de haces o concreciones adheridas a sus paredes. ~ Se lava el saco, en gran cantidad de agua borilada: el líquido fluye en cierta cantidad por la vejiga. ~ Luego se lava el resto de la carne, ayudado de trozos de algodón. ~ Se introduce yodoformo. Se tapa nuevamente en gasa y se coloca el vendaje. ~ La enferma no sufrió durante la enema.

F. 36.4. P. 120. R. 24. ~ Como la enferma no soporta ningún alimento, para los vómitos constantes, se le ha administrado lavativas alimenticias de caldo y vino pectoral. ~ A las 11 A.M.; la enferma se siente más tranquila después de la enema. ~

4. P.M. ~ Se siente regular. Poco dolor al vientre. Ha vomitado 3 veces.

A las 10:30 noche té en leche, el estómago lo rechaza. A las 3, lavativas de caldo con vino pectoral y miel. ~ F. 36.5. P. 120(!) Muy débil.

A las 8 P.M. ~

Museo Nacional de Medicina

Se siente regular. Mucha sed que atormenta a la enferma. ~ Algunos dolores abdominales. Pulso, muy pequeño y débil. Se le hizo una inyecc. hipoderm. de cafeína. —

Día 24 de Set. ~ 3º. después de operada.

8. A. M. ~ Ha pasado regular noche y durmis algunas horas. Vomitos varias veces. ~ Los dolores se han calmado. ~ Se le ha administrado lavativas alimenticias cada 4 horas. ~ T. 36.5. P. 126. R. 24. ~

Vendaje. Intramante pasado i de mi mal olor. ~ Se extrae la gasa empapada de los líquidos infectos que se desprenden del hueso. ~ La herida está completamente bañada por éste líquido. ~ Se lava el saco perfectamente hasta que el agua salga clara. ~ El vientre está calmo, fácilmente depurable y a la presión se produce un ligero dolor, sobre todo en elredor de la herida. ~ Se coloca gasa i el vendaje correspondiente. ~ La enferma vomita todo lo que ingiere. Se le administró la siguiente loción: Menta 1g.. Alcohol rectificado 20g. ~ Farabe 30. ~ Enciudadaté cuatro veces en el dia. ~ Se le extrae la orina. ~ El estado de la enferma no es malo. Sin embargo el pulso es siempre frecuente y débil. ~ Debe hacer una inyección de cafeína. ~

3 P. M. ~ El estado juzg. de la enferma es un poco mas satisfactorio, <sup>pero</sup> sin embargo el estado del pulso es inquietante. Los vomitos no se han calmado a pesar de la gocim. ~ Se le cambió por otra, en Cocaina. ~ Orina por si sola. ~ T. 37.2. P. 180. ~ Altas 5. ~ Vomitos. La nueva gocim no ha hecho efecto. ~ 9. P. M. ~ La enferma se siente mal. Dolor de estómago, dolor de cabeza, ansiedad preordial. ~ Se le hacen inyecciones de cafeína i de morfina. ~ P. 180. ~ T. 37.6. ~

• go! Día 25 de Set. ~ 4º. de la operac. ~ La noche ha sido muy mala. No ha dormido y ha pasado mi inquietud. El semblante de la enferma está muy alterado. Hay gran posturación. Vomita frecuentemente. ~ El pulso casi no se percibe en las radiales. ~ Vendaje <sup>completo</sup>. El tapón de gaza había sido expulsado del fondo de la herida. Líquido fétido, oscuro i abundante, baña toda la herida. ~ El vientre está hinchado, pero mejoramiento i es sensible. ~ Se hizo dos o tres lavados en el saco hasta dejarlo bien limpio, i se coloca el vendaje. ~ Hipodermocisión de 1.000 gramos de una sola, con de 10% de Na, al 2%. repartidas de este modo: 250g. en cada una de las regiones infratorácicas dcha e izquierda. Así como otros 250 en las partes lat. y base del tórax. ~ Esta operación no ha molestado en nada a la enferma. ~

11. A. M. ~ No se nota mejoría ninguna. Vomitos. Sigue mi decaida. ~ T. 36.5. P. irritable. ~ Se pusieron lavados stomachales los que no se practicaron por el estado de gravedad de la enferma. ~ A las 1. P. M. ~ La enferma se siente un poco mejor. Tiene delirio, trata de levantarse de su cama. ~ Sobre viene despues un gran desmayo. El corazón se contrae doble i frecuentemente. La cara es angustiosa y de un color pálido-rosado. ~ Este estado se mantiene hasta la 7. P., en que la enferma empuja a reaccionar lenta pero favorablemente. ~ El pulso se siente ahora en las Radiales.

hay mayor calor periférico; la enferma hace emular algunas expectanzas. Se le han administrado injecc. de Cafeína y de éter alcamforado. ~ Lavativas alimen- ticias. Hilo. etc. A las 8 de la noche se cambió la cama pues estaba pasada y en completo desorden por los movimientos de la enferma. ~ Es cuando hacen notar que la Enferma después de cada Cama, queda más tranquila, i concilia el sueño. ~

Día 26 de Set. ~ 5º de la Operac. ~ Se encuentra mucho mejor que el dia ant.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
La noche no ha sido mala. El corazón late 120 por minuto. F. 36.9. ~ Los ronquidos han disminuido. Y la enferma tomó café y lo ha soportado. ~

Vendaje. Casi seco. ~ las primeras capas de algodón estaban solo mojadas. ~

La herida despidió miel mal olor. ~ No hay tendencia a que se reduzca. Vientre

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
ligeramente meteorizado ~ lavados como de costumbre. ~ Estando completamente seca la camaña quirúrgica, se selló de gasa ~ al llevarla al fondo, reapareció una cantidad de líquido turbio", lo que obligó a cambiar nuevamente el apósito.

Sospechando el Dr. Koerner que hubiese ~~una~~ producido una nueva comunicación entre el saco y algún otro órgano, empezó a ejercer presión sobre las paredes del abdomen en distintos sentidos; efectivamente, comprimiendo sobre todo en el lado izquierdo, en la fossa iliaca "se desprendió por la herida gases <sup>intestinales</sup> en gran rincón", que levantaban bultijas, al salir a la superficie del líquido". ~ Un incidente de fatal comisismo ~~se había producido~~. ~

Ejerciendo una compresión más fuerte en la ingle de la fossa iliaca izquierda, se vio aparecer, poco a poco en la herida, cierta cantidad de "escrementos", mezclados a las inst. alimenticias líquidas que se administraban a la enferma. ~ Existía pues una <sup>gran</sup> comunicación entre el saco y la parte inferior del intest. grueso, la que se había producido <sup>indudablemente</sup> en el día anterior, tornando en crendo el estado tan alarmante

en que se mantuvo la paciente". ~ Se sacó la orina 80g. normal. ~ Nuevos

Lavados y Cama en suero de ordinario. ~ Hipodermocisis de 400g. de agua con cl. Na.

El pulso es más fuerte, casi filiforme. 120. - F. 36. ~

A las 5 P.M. ~ Cambio de Vendaje, pues estaba muy hinchado ~ De este modo una pequeña vértebra del fondo del Kisté. ~ Las bultijas producidas por la salida de los gases en el Kisté adquirieron gran rincón; ~ cuando se le dice a la enferma que haga esfuerzos. ~ El vértigo es más sensible. Lijeros meteorismos. ~ Despues de la cama, la enferma se tranquiliza. ~

A las 8 P.M. ~ La enferma está más mal. Agitación. Delirio. Pulso irregular.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
Se le hacen inyecc. estimulantes. Boticas calientes. ~ Una bálsamo picante en la piel. ~ Respiramientos de las extremidades. Síntesis de algunos minutos. ~ La enferma no daba respuesta a la grima, a la hora en que me retiré del Hospital = Q.P.M. ~

Dia 24 de Set. ~ 6% después de la Operacion.

8.A. Nos sorprendimos <sup>verdaderamente,</sup> de enembar a

nuestra enferma ~~todavía~~ <sup>ahora</sup> con vida. ~ La Veladora nos dice que la noche no ha sido del todo mala. durmis algo. ~ Se le hicieron inyecciones de Cafeína y de Etér aéreo forado alternativamente cada dos horas. ~ Vomita. ~ La temp. es de 37.8. ~ T. 180.

El estado de la Paciente es desesperante. ~ Gran sed. ansiedad pectorial y Respirotoria. ~ Se le muda la cianosis. Tiene meterizado, mi visible. ~ La herida

dolor despidió un olor fétido. Despues de lavada, se nota que en una parte de su estómago hay manchones carnosos ligeramente rosados. En el vértice superior de la herida punto en donde se fijo el Epiploon, está el nódulo de éste, esfacelado. ~ Despues de la cianosis, hipodermoclysis de agua en Cl. de Na en las regiones axilar inferior. ~

Muchas rehacia la enferma se queda dormida. ~ Una hora despues, el pulso se había modificado impues: 120. T. 36.8. ~ El semblante de la enferma está más descompuesto. ~ Se le dejó Cítrato de Cafeína: 20 centigr., tres veces al dia. ~ La enferma ha tomado Leche de mujer. ~ Como hacia dos dias a que no oraba, se le presentó una

lavativa en plenaria. ~ Tallo está en gran parte por la herida abdominal, arrastrando igualmente los líquidos de las Lavativas alimenticias, una porción de escrumentos. ~ A las 1.P.M. La enferma está <sup>muy</sup> mal. Ha tomado Café en leche. Caldo. ~ Ha seguido

en las inyecciones y los papuleos de Cafeína. ~ A las 3 P.M. ~ Encuentro a la enferma ya muy pálida. Sin pulso en las radiales. Inspiamento periférico.

Respiración superficial. ~ Inyecciones, Calor artificial etc. . . .

La enferma decae visiblemente. Sus ojos hundidos y ~~abiertos~~, de un <sup>fisionomia</sup> sinco ocuro, dan a su rostro un <sup>seco</sup> ~~carácter~~ particular. ~ El cráneo produce lo demás algunos ruidos a la auscultación, la enferma se hace insensible, y su última respiración es a las 4 y 1/2 minutos P.M. <sup>cincos</sup> ~~cuatro~~ días y 7 horas, despues de operada.

### Autopsia.

Fue practicada por el

ayudante ~~de~~ de la Clínica, Dr Zegers, acompañando del que hacía, el dia 28 de Setiembre. ~ Abierta la cavidad abdominal, lo primero que se vio en el fondo del Saco Abdominal, fue un cuerpo duro, rugoso; era un "bolo escrumentoso" encocido; ~~de~~ Antes de cambiar las relaciones

de los órganos, se hizo a estudiar el estado de la cavidad peritoneal. El Epiploon tenía <sup>intimas</sup> fuertes adherencias en la parte superior y lateral del Saco, que no se les pudo desprendir, y hubo necesidad de cortar con fijas. El Epiploon (a causa de estas adherencias), ejercía

cierta tracción sobre el colon transverso y el estómago, de modo que estos ir,

gomas se encontraban deseñidados, mas bajos q. su posición normal. ~ Hechado el Epíploon hacia arriba aparecieron las asas intestinales llenas de aire, sin adherencias. ~ En la fosa ilíaca izquierda existía una cantidad de pus bastante apreciable. Los exudados llegaban hasta el nivel del ombligo en ese mismo lado.

También se encontró en la fosa ilíaca ducha pus en parte escueto y en otras líquido, pero en menor abundancia que en el lado izquierdo, i estendiéndose hasta la <sup>espina</sup> ilíaca ant. y superior. ~ Se entró en seguida a estudiar los ultrámenos del Saco; estaba situado <sup>casi</sup> en la línea mediana, ocupando el espacio comprendido entre la I ilíaca y el Ciego, teniendo adherencias considerables en estos órganos. Se encontraba por debajo de las asas del intestino delgado, sin tener adherencias en él, sustituyendo elgado; encima de la Vejiga, la cual se encontraba vaciada (por una corta cantidad de orina), teniendo intimas adherencias en el Saco sobre todo en su parte posterior. ~ El Saco tenía, como lo dijimos al descubrir la operación, antiguas i fuertes adherencias a la pared abdominal anterior.

Separando las asas del intestino delgado, se pudo observar la presencia de un exudado fútil en toda la extensión del mesenterio (a) pag. 31a.

Para observar las relaciones que el Saco tenía en su parte posterior, trato de desprendere el Saco Kistis, pero las adherencias eran tan fuertes que hubo necesidad de separar toda la masa de intestino delgado, i estirar enjuntamente el Saco en los órganos que le adherían. Para esto se procedió del modo siguiente: Se hizo una gran incisión circunferencial separando los órganos genitales y el ano. Se disecó con cuidado, la Vajina y el Recto aislando de las paredes pelvianas. ~ Después se empezó por secar, en la cavidad abdominal, las adherencias que existían entre el Ciego i el Yunque; hecho esto se empezo a aislar el conglomerado de órganos de las paredes de la pelvis mayor. y por fin, se pudo extraer la pieza anatómica <sup>patológica</sup> que describíremos en resumen:

La Vulva y la Vajina eran normales. ~ Cuello, con sus labios aplicados, y ami pequeño. ~ El Recto se encontraba adhuido en una gran extensión a la pared posterior del Saco. La Vejiga inflada, se nota que está adherida por su mitad posterior <sup>sup.</sup> a las paredes del Kiste, y libre en su mitad anterior. ~

Después se empezo a limpiar la pieza, quitando el tejido celular y parte de musculos <sup>pelvianos</sup> que habían sido extraídos juntos en ella, para evitar la infección de los órganos que la componían. ~ Se halló, entonces, el Ova-

rio ~~directo~~ <sup>ligeramente</sup> ~~decho~~ atrofiado, y situado al nivel del cuello del útero, adherido a la pared de la Vagina. ~ La Timpia de este lado estaba adherida <sup>igualmente</sup> a las paredes del útero. ~ En cuanto al anexo <sup>estando</sup> ~~igualmente~~ no se le pudo distinguir, formaba una sola masa con las paredes del saco. El ovario de este lado <sup>tampoco</sup> no se pudo hallar, a pesar de la profusa disección que se hizo. ~

En la cara posterior del

recto, no se encontró nada digno de hacer mención. ~

Mediabáñamente por "encima de la Vagina, por delante del Recto y por debajo del Saco Kístico, se encontró ~~un~~ <sup>un</sup> pequeño tumor triangular, blando, que en su diámetro mayor tenía  $3\frac{1}{2}$  centímetros; ~~con gran~~ difusas adhesiones ~~conocidas~~ que con el útero despegadas; y a pesar de que este tumor no presentaba los caracteres de un útero, se pensó que podía ser este, dijenado.

Con el objeto de estudiar las sit paredes del saco Kístico, y las comunicaciones, que allí existían sobre el saco, y el cuello del útero, y la comunicación del Recto, con el útero, se practicó en la figura, así como para comprobar si el tumor triangular pequeño, que hemos mencionado antes, era o no el útero, se practicó una incisión mediana de delante a tras, teniendo el cuidado de que <sup>el corte</sup> pasara por la parte media de la cavidad del cuello; Se pudo entonces observar que las paredes del saco eran desiguales: en algunas partes gruesas y en otras canosas, en otras delgadas; presentaban anfractuosidades y hundimientos. ~ Existían en el saco dos comunicaciones en el cuello del útero,

cuya superficie se encontraba en la pared anterior a un centímetro por encima del bifurcación externa. ~ El bifurcación comunicación tenía un medio centímetro, en su mayor diámetro. ~ Continuando la incisión del cuello y avanzando de grado en muesca, se llegó a penetrar a la parte central del pequeño tumor, lo que nos confirmó q. este pequeño tumor era <sup>cierto</sup> realmente el útero, completamente atrofiado pues sus paredes tenían un dibujos espesos. ~ En los ángulos, se observaba hundimiento que seguían a la desembocadura de la Timpia. ~

En la pared posterior del kisté se encontró una ancha comunicación en la pared anterior del Recto, a más de 15 centímetros por encima del nivel del ano; hecho que tuvo lugar después de la operación, al 4º. dia; tal como se había supuesto. ~ Los demás órganos contenidos en la cavidad abdominal estaban normales.

Museo Nacional de Medicina <sup>entregó los ACT. de los fundos de Saco peritoneal</sup>  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

32 a)

32 b)

Huesos de un esqueleto de feto  
extraídos por la Laparotomía el dia 22 de  
Diciembre. (Observación 2<sup>a</sup>.)

Frontal (en dos porciones) ~ 2 parietales ~ 2 temporales ~ 1 esfenoides ~  
1 occipital (en dos envases. No está completo) ~ 1 pedazo del maxilar sup.  
el maxilar inferior (en dos mitades) ~ 2 malaras ~ 2 palatinos.  
el torax ~ 2 omóplatos ~ 2 claviculas ~ 11 costillas ~ 2 húmeros,  
en parte destrozados) ~ 2 radios ~ 2 cubitos ~ 2 fémur (también  
destrozados en parte) ~ 1 tibia ~ 14 vértebras ~ 20 huesos pertenecientes  
a los miembros, mandibularianos y de dedos ~ 11, del torso y del  
torso. y 15 restos de huesos, sin clasificar. ~

Total = 98. ~

### Medidas de los Huesos.

En general, puede decirse desde luego, que el esqueleto de este feto es mucho  
menor que el anterior. ~

Frontal, en su mayor estímine 5.8 cent. ~

Parietal mayor: 6 cent. en su mayor diámetro, 4 en el menor ~ Una mitad del  
maxilar inferior: 3.7 cent. ~ La estímine de los húmeros y del fémur no se  
pudieron apreciar con exactitud (no se establecían como Radios). 3.9 c.  
Cubito 4.8 ~ c. ~ La tibia 5.2 c. ~



Estos huesos estaban algunos enteramente libres en el interior del saco,  
otros adhuidos a las paredes granulosas del kisté materno.  
Presentaban un color oscuro, y desprendían un olor fétido, mucho  
tiempo después de su extracción. Su estado de conservación no es tan  
perfecto, como en el otro esqueleto de que hemos hablado.



## Observación 3<sup>a</sup>

Doralia Astudillo, de 23 años, soltera, de Campa, entró al Hospital el dia 19 de Junio del 1892. y vino la cama n° 44 de la Sala del Carmen; en <sup>un</sup> servicio clínica ginecológica del profesor Körner.

Estado presente. ~ Es una enferma de constitución débil, miserable y que sufre hace ya mas de ~~seis~~ <sup>doce</sup> meses. ~ Se encuentra enflaquecida y agotada de sus padecimientos. ~ La piel de su cara tiene un color pálido tenoso, y el sufrimiento está pintado en su semblante. ~ Su estado joal, <sup>es pesimo</sup> ~~no es satisfactorio~~.

Se queja de un abultamiento del vientre, de diarrea fuente, perdidas rurales, putrefacciones digestivas, dolores <sup>Tiempo: 5 a 6 días</sup> ~~seis~~ años. ~ Hace ~~dos~~ meses que se ha suspendido su regla; La tiene un niño hace un año y ~~tres~~ meses. ~ Despues de este punto la enferma se ha sentido bien, y solo hace ~~cuatro~~ <sup>algunos</sup> ~~seis~~ meses <sup>encontria</sup> que se ~~siente~~ enferma. ~ Ha tenido buena salud anterior y los antecedentes de familia no tienen importancia.

Examen clínico. ~ El vientre está irregularmente abultado en la región infraumbilical, formando una <sup>ligeramente</sup> eminencia que mide en su diámetro mayor 72 centímetros. La piel presenta en la linea media abdominal una ligera pigmentación. ~ Son placidos, <sup>ligeramente</sup> ~~areolos pigmentadas~~. ~ sin colitos. ~ Palpacion. ~ La palpación revela la existencia de un tumor <sup>ligeramente</sup> firme y poco doloroso, que llega a los bordes de dedo por debajo del ombligo.

La piel desliza con facilidad sobre el tumor. ~ Percusion. Macidez sobre todo, en el lado <sup>derecho</sup> ~~derecho~~. ~ Auscultacion. No se percibe ningún ruido de soplo. ~ Examen ginecológico ~ Los órganos genitales están normales.

La mamma de la Vajina, así como la porción vaginal del cuello, ~~están~~ están <sup>ligeramente</sup> colorados. ~ El Cuello <sup>externo</sup> del cuello un poco entreabierto. ~~normalmente~~ <sup>ligeramente</sup> coloreados. ~ Se siente segundo apéndice ligeramente <sup>descubierto</sup> ~~separado~~. ~ la Vagina <sup>descubierta</sup> ~~separada~~ i aumentado de volumen. ~ Los fondos de saco vaginal, posterior <sup>izquierdo</sup> ~~izquierdo~~ están libres, el del lado <sup>izquierdo</sup> ~~derecho~~ está borrado. Se siente una eminencia que entre contráctiles no se pueden apreciar. ~ El tumor está casi fijo en la excavación de la pelvis y ocupa sobre todo el lado <sup>derecho</sup> ~~derecho~~. ~ Los movimientos comunicados al tumor abdominal por la palpación abdominal se transmiten al dedo vaginal.

Este tumor es casi inmóvil, duro, sobre todo, en su parte superior <sup>rigidez</sup> y se reúne <sup>constante</sup> ~~con fluctuaciones~~. El cuello del útero está un poco desviado a la izquierda y hacia atrás. Hay un ligero Ectropion. ~ No se logra el cateterismo uterino.

Se creyó que se trataba de una afeción de las <sup>Twista</sup> ~~bandas~~ Anexas del lado <sup>derecho</sup> pero no se formó ningún diagnóstico fijo; la mujer quedó en observación. ~



(33a)

Estado anterior. ~ Solo nos detendremos en la Historia sexual de la enferma que es la que nos interesa.

No recuerda con exactitud la época de la apariencia de sus primeras reglas.<sup>11ta +</sup> ~ Demuestra algunas, regularmente y en abundancia. Ha tenido en varias ocasiones perdidas blancas (Lengormas). No ha ~~tenido~~<sup>habido</sup> abortos. ~ El único hijo que ha tenido es robusto: tiene 1 año y tres meses. ~ ~~sea sido alimentado por ella~~ ~ En punto fue normal y se levantó a los pocos días después.

Hace como tres meses mas o menos a que su regla, no ha vuelto a aparecer.

Esta fecha no me fue posible obtenerla con exactitud. ~ Se trata de una enferma muy ignorante, cuyos datos son amemente contradictorios. ~

Pero en hoy <sup>asegura</sup> que después de esta suspensión <sup>de su regla,</sup> ha sufrido dolores en el bajo vientre, ~~en~~ sobre todo en el lado ~~derecho~~. ~ Despues observó que su vientre empezaba a enorme progresivamente hasta llegar al Tamaño que tiene en la actualidad.

No se ha <sup>sintetizado</sup> que el abdomen haya disminuido. ~ Las otras perturbaciones que dice haber tenido durante este tiempo han sido: Diarrea, fiebre; pero sobre todo, insistió en los dolores <sup>constantes que</sup> sentía en el abdomen. ~ Dice que en raras ocasiones expulsaba ~~en la Vajina~~, sangre ~~en exceso~~, y que esto le ocausó un violento dolor. ~ La falta de apetito, la fiebre, y el enfriamiento que se presentaban en la enferma la obligaron a quitarropa, a resistirse de sus ocupaciones habituales: lavar. ~ Viendo ~~ella~~ su familia que la enferma no se mejoraba, y que caía al cuchillo, cada día iba peor de salud, la trajeron al Hospital. ~

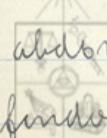


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Como he dicho, después que se llevó en la Clínica el examen de la enferma, no se formó un diagnóstico preciso.

Durante el tiempo que estuvo en la Sala, se siguió en ella un tratamiento sintomático: Combatiendo la diarrea, y la fiebre que era provocada sobre todo en las entrañas. (38.2., 5). ~ Llevados antisépticos vaginales. Alimentación reponedora. ~ No obstante, <sup>un estado de</sup> ~~no~~ Cachexia <sup>se apodera</sup> de la enferma, y hace necesario, una franca intervención. ~ La enferma tiene un color palido - de tono icterico; ~~que hace~~ La orina es bien concentrada. ~ A veces, la enferma produce la impresión como si fuese portadora de un tumor maligno, que ya hubiera invadido el organismo ~~entero~~ en una gran parte. ~ Un nuevo examen hecho en el clorofórmico no reveló nada. ~ En diversos ocasiones, se llevó la "mucosidad del tumor, ya sea la pared abdominal, en otras ocasiones, provocando el tumor, a través de los fondos de los órganos vaginales". ~ La asuetada fue siempre negativa.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se ensayaron en la Clínica

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Todos los tratamientos que comunmente se piden en nos, para combatir las afecções exudativas de los anexos. ~ Fármacos de Yctiol, y Fricciones sobre el riñón; dlasaje.

A pesar de todo esto la enferma empeoraba visiblemente cada dia, y se comprendió que una terminación fúnesta no se iba a esperar. ~ La emaciación y el agotamiento orgánico de la infeliz mujer habían llegado a un grado extremo, y ella también comprendía que solo una operación podía librirla de una muerte ya proxi-  
ma; por eso, esta desgraciada, no se cansaba de suplicarnos que hablásemos con el Dr. Körner, para que hiciese la operación.

Esta iba a practicarse en las peores con-  
diciones posibles: iba a ser una Operación "in extremis", pero también era la única probabilidad que había, en favor de la vida de la Mujer. ~ La La-  
parotomía explorativa, se inició además, cerca temprano en la "noche del diag-  
nostico": ~ Se practicó el 15 de Septiembre. ~ No entré en los detalles referentes a la pre-  
paración de la enferma. Solo diré si, que automóvil todas las peticiones p. hacer l'opeac. lo mas aseptica.

Operación. ~ Se hizo una incisión en la linea alba comenzando a 3 centim. por encima del pubis y terminando a 4<sup>os</sup> traves de dedo por debajo del ombligo. Despues de separar capa por capa, hasta llegar al peritoneo, se <sup>inició</sup> este en tijeras. Apareció entonces un humor liso y acetoso que llegaba a <sup>el tamaño de una cabaja de fútbol.</sup> <sup>gran pelvis,</sup> <sup>humor</sup> <sup>negroso,</sup> <sup>mas o menos</sup> <sup>de 400 gramos</sup> <sup>buscamente</sup> <sup>que presentaba adherencias con</sup> <sup>los órganos vecinos (ciego, ilíaca, e intestino delgado).</sup> Despues se principió a desprendelas <sup>adherencias</sup> en el dedo, y al hacer esto al nivel del ciego, se dieron han mas fuertes que en el resto, se "rompió el humor" dando salida a una cierta cantidad de líquido <sup>negroso,</sup> <sup>mas o menos</sup> <sup>de 400 gramos</sup> <sup>de un mal olor.</sup> El derrame de este líquido fue en un momento detenido, (a pesar de la compresión que se ejerció sobre el humor), <sup>buscamente</sup> <sup>por la presencia en el sitio de la ruptura, de una membrana,</sup> <sup>que era de color</sup> <sup>negro,</sup> <sup>en estado de putrefacción</sup> <sup>que era de color</sup> <sup>negro,</sup> <sup>que estaba en los dedos, permitió la salida fácil, de una gran</sup> <sup>cantidad</sup> <sup>de líquido,</sup> <sup>que hemos mencionado mas arriba (400 gramos)</sup> (1) El humor quedó completamente vacío. ~ En seguida se doto el interior del quiste en una solución de acido boric, hasta que estuvo salvo completamente limpia. ~ Se hizo despues la desinfección de la cavidad abdominal, sobre todo en la parte en que estuvieron en contacto con el líquido que fluyó del humor. ~ Despues se llevó la abertura del saco hacia los bordes de la herida abdominal, fijandole por medio de cuatro puntos de sutura: dos a cada lado. ~ Se cortó en seguida la herida de la pared abdominal

(1) Esta Membrana, era inudable. la Placenta pesaba + - 350 g. i tenía 18 cent. de diámetro. -

La operación se hizo lo mas pronto posible, pues el estado de la mujer era muy inquietante. (35)  
por los puntos de sutura, dejando inferiormente una abertura por donde  
se sacó la cavidad del kisté en gaza jodoformada,  
se colocó un vendaje antiséptico<sup>1)</sup>. La Placenta pesaba 350g. - i tenía 18 centim. de diámetro.

Después de la operación la enferma que,  
dijo en un pulso muy débil y frecuente. - Para levantar el estado del corazón,  
se le administraron inyecc. de Caffeina y de té alcachofrado. - La vomitó  
dos veces después de la operación. - Se le colocó en una cama convenientemente  
y se preparada. - La temperatura es de 36°.C. - P. 98. - R. 16. -

A las 12. M. - Temp. 38.5 - P. 76. - R. 15 - Se siente muy fatigada. - Sed. - Inyecciones,  
y lavativas pectorizadas. - A las 2 P. M. se estropeó la orina - 110g. - Normal. -

A las 3. - Se queja de dolores al vientre. - Se le hace una inyección de morfina.

Se le da Champagne helado, cada dos horas. - Durme. -

A las 5. P. M. - Esta más tranquila. - 7. 38.2. P. 125. R. 30

A las 9. P. M. - Se queja de dolores y está algo paliada. - Ha tomado Champagne.

Lavativa en cepelina. - Se le sacó la orina 120g. Nada de especial.

7. 38. P. 115. R. 22. - Se le prescribió Inyección de Caffeina; i de Morfina para  
el dolor. -

2º. día. - La enferma ha pasado mala noche. - Solo durmió por momentos.  
Tos. - En la noche se le dio morfina a las 12 P. M. - A las 4 A. M. -

Nueva lavativa igual a la anterior. - Vomita una vez. - Orina: 120 gramos

A las 8 AM 7. 34.4 - R. 30 - P. 135. - El estado general de la enferma es muy desfavorable. - Se envió la enferma. - Vendaje, húmedecido en sus primeras capas.

Retirada las gasas del interior del saco, salieron empapadas de líquidos. -

Se lavó el interior con ácido bálico una solución de ácido salicílico. - Se reemplazó  
el tapón de gaza jodoformada por tubos de drenaje. -

que observar en el saco. - La enferma sigue un tanto abatida.

A las 3 - P. M. 7. 38.7. - P. 110 - R. 40. - El estado de la enferma empeora. -

Vomitó - Se queja de dolores pélvicos. - Mucha Sed. - Se le da Cham-  
pagne - Hielo - Lavativas alimenticias. Inyecciones. -

A las 5. P. - Esta muy mal - Inquietud - Ansiedad respiratoria - Dolor. - Fiebre.

Pulso casi incontable. - Filiforme - Piel fría. - Vientre sensible, sin hincharimiento.

A las 6. - Padece muy mal - Respiración abundante. - Pulso no se percibe.  
respiración superficial - Posturismo permanente.

A las 8. P. - Sigue en el mismo estado. - Pulso no se nota - Lincope.

Murió a las 8. y 16 minutos P. M., después de 35 horas de operada.

Museo a) adorante la medicina Tamaño y consistencia normales, estando quijas algo aumentadas de volumen. Su muesa lipofluida, no distinguirse la imbocadura de la trompa ducha. (36)

Anatomía. ~ Fue practicada el dia 18 de Diciembre, por el asistente de la clínica, Sr. Zegers, en compañía del que esto escribe. El ~~resumen~~ ~~resultado~~ de ella es el siguiente: Abierta la cavidad abdominal, se pudo apreciar, desde luego, la presencia de un "exudado grumoso", entre las asas intestinales. El epíplano tenía adherencias débiles en dichas asas, así como estas también las tenían entre sí. ~ En el lado derecho del abdomen, y en su parte inferior especialmente, existían numerosas adherencias de nueva formación en el peritoneo de la pared abdominal. ~ Los intestinos se encontraban distendidos por gases. ~ Se entró en seguida a observar las relaciones que tenía el Kisté con los órganos vecinos. ~ Se encontraba situado en la parte media de la gran pelvis, estudiándose un poco más hacia el lado ~~derecho~~, debajo de las evoluciones del intestino delgado, entre el ciego y la S. Iliaca un distendida. ~ Numerosas i antiquas adherencias unían el Saco a estos órganos. ~ Llevando el Saco hacia afuera i un poco arriba, apareció la vejiga, retraída por debajo del pubis. ~ Contenía una pequeña cantidad de orina. ~ La vejiga estaba intimamente unida a la pared inferior del Saco, en los dos tercios superiores de su cara posterior. ~ Intentando ahora de llevar el saco <sup>K</sup> hacia adelante, se vio que presentaba resistencia, a causa de adherencias que existían igualmente en la pared anterior del Recto, hasta la altura de algunos centímetros.

Rotas estas bolas, se pudo observar que el íntero estaba adhendo fuertemente, en todo la extensión de su cara anterior, en la parte inferior i posterior del Saco<sup>(a)</sup>. De prisa en seguida, a examinar los Anejos. ~ El del lado izquierdo presenta buenas adherencias en la S. ~ La trompa y el ligamento ancho derecho se encontraban fusionados en una sola masa, <sup>haciendo cuerpo con el tumor</sup> en la cual no se pudo distinguir nill. ~

Ovario, ni se distinguieron de los órganos que componen normalmente los anejos. El anexo derecho estaba poco formado, como por una dependencia del Saco, o mas bien, este se habría formado a expensas de la trompa derecha distendida. ~ Todo el conjunto formado, por el Saco Kístico y el anexo derecho, se encontraba muy adherente a las fondo paredes de la cavidad pelviana. ~

Debido de aislar el Saco de los órganos vecinos, pero en vista de la íntima unión que existía entre la vejiga, saco + íntero, se le extrajo conjuntamente en estos órganos. Al tratar de practicar esto, fuimes adherencias de la parte inferior del íntero en el Recto hicieron muy difícil la disección. ~ Una vez retraída la pieza se comprobó que el íntero estaba de tamaño <sup>más pequeño</sup> normal, duro, i en retroflexión. ~ En el fondo una posibilidad el ovario derecho, y no se le pudo encontrar. El del lado izquierdo, estaba libre, de tamaño y consistencia normales. ~ La trompa de este lado, era también normal. ~

Estudiando aisladamente el saco, pudimos observar que estaba formado por una capa membranosa muy gruesa. ~ Sus paredes interiores eran anfractuosas y presentaban hundimientos en fondo de saco <sup>tapizados por una superf. lisa / amnius</sup>. ~ En todos estos hundi-  
mientos, no pudimos encontrar ni señales de Corion o de placenta. ~

Examinando la sección que pudiera haber entre el Kisté y los anexos de lado derecho, no se halló ningún punto en que <sup>indicase</sup> pudiera haber comunicación entre ellos. ~ Tampoco se encontró trazas de ruptura de la蒂mpia de este lado, después de la disección que se hizo de estas partes. ~

El peritoneo pélvico, estaba engrosado y revestido de la capa exudativa <sup>purulenta</sup> que se encontró en el resto de la cavidad peritoneal. ~

No se encontraron otras alteraciones en las visceras de la cavidad abdominal. ~ Lo que más nos llamó la atención en esta autopsia, fué

<sup>otras</sup> la "desaparición del Ovario derecho". ~ El Dr. Körner, que observó la preparación que se hizo de la figura anatómica, nos refirió que ésto no era una rara, pues en los embarazos tubarios, sucede, veces que el ovario se fusiona a las paredes del Saco y desaparece. ~ Se recordaría también que en la autopsia que se hizo en la mujer de la 2<sup>a</sup>. obsrv. ~ Tampoco se pudo hallar el ovario del Anexo en que se había desarrollado el tumor fetal. ~ Es éste pues un hecho que debe

llamar la atención, pues no creemos que ésto sea una simple coincidencia, sino que por el contrario, ésta desaparición o fusión del ovario en un embarazo ectópico, está en relación, según nosotros dijimos mas adelante, en la Variedad de Preñez de que se trataba. ~



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

### 3<sup>a</sup>. Parte. Reflexiones sobre los Casos observados.

Trataremos en conjunto de nuestras dos primeras observaciones, por pertenecer, según nuestra opinión, a la misma variedad de Práctica. ~ La tercera la analizaremos separadamente.

Resumiendo la historia sexual de ~~dos~~ <sup>estas dos</sup> ~~doncellas~~ enfermas, tenemos que S., tuvo su 1<sup>a</sup> regla a la edad de 13 años. ~ A los 22 años, primer embarazo que terminó por un parto prematuro de 7 meses. ~ después de esta edad ~~siguió~~ <sup>menstruaciones</sup> ~~sintomas~~ sexuales. ~ A los 26, segundo embarazo, normal, pero llegada la época del parto, éste no se produjo. Hubo <sup>expulsión</sup> ~~expulsión~~ de sangre espesas de algo, como colejos o membranas. ~ Su vientre está abultado, pero no ha tenido actividad ni aparece niivamente sus reglas. ~ A los 29 años, tercer embarazo llega a término y da a luz un niño bien constituido. Desde esta época datan los padecimientos de G. ~ Al mes, ~~siguió~~ <sup>siguió</sup> ~~de la~~ menstruación, en expulsión de membranas, y pequeños huesos por la orina; dolores abdominales, vómitos, fiebre, etc. Por parte de G. ~ A los 16 años ~~tuvo~~ <sup>tuvo</sup> menstruación. No recuerda la fecha de sus partos. Ha tenido 2 hijos. ~ en el último sufrió mucho. ~ dos años después, 3<sup>a</sup> embarazo, debiendo terminar, "fines de mayo del 91". En esta época un <sup>el parto no se verificó.</sup> ~~hematoma~~ <sup>hematoma</sup> ~~significa los~~ supamientos de la enferma: síncope, hemorragias fisiológicas, etc. ~ después de un mes, se mejora, y aparece cada mes sin reglas. ~ En cuatro meses que estuvo en este estado, nota la disminución de volumen de su vientre. ~ Pasado este tiempo, síntomas graves de <sup>peritonitis</sup> ~~hemoperitoneo~~: ingresa al Hospital, clínica del Dr. Löricke, en Nov. del 91 y Diag. de "Embarazo intra-uterino con retención del feto muerto". ~ En diciembre, durante su práctica no dando trabajo: expulsión de dos falanges. ~ Mantuvo el hospital <sup>por</sup> ~~por~~ <sup>unos</sup> meses al lado de su familia, sin que apareciesen ningún síntoma nuevo, a no ser el estado de la enferma q. se hacía cada día peor. ~ Nueva entrada al hospital, el 8 de Set. 92: abdomen sumamente sensible. Fiebre superficial con abolladuras. ~ Dolor, fiebre, inflamación, redor, dolor vaginal. etc.

Estas dos observaciones, nos demuestran que se trataba de dos casos de Embarazo extra uterino, que han llegado a término, en los cuales se han producido los fenómenos curiosos del "falso trabajo", y que, no pudiendo ser expulsados los fetos, éstos han muerto, experimentando <sup>después</sup> los fenómenos reproductivos, que emprenden, por la reabsorción de las partes blandas. Mas tarde, estos restos fetales, tienen tendencia a alojarse en uno de los órganos vecinos, y que en muchas enfermas se han verificado para S. en la vejiga, y para G. en la "parte anterior del cuello".  
i) Cuál puede ser la causa que haya influido para que nuestras enfer-

## Resumen de la 1<sup>a</sup>. Observación.

Bautelaria Dots, 30 años. ~ Buena salud anterior; ha tenido solo la viruela a la edad de 9 años. ~ Antecedentes patológicos hereditarios, sin importancia.

Historia Sexual: ~ A los trece años, su primera regla. Se han contado, nacidos sin alteración hasta la edad de 22 años. ~ A los 23, primer parto (prematuro) de 7 meses; el niño nació vivo. ~ A los 26 2<sup>o</sup> embarazo (extrauterino) y durante el cual la enferma exigió estar normalmente en cama. Llegada la época en que debía producirse, se el parto este no tuvo lugar y la mujer sufrió dolores muy fuertes, doliéndole al final del embarazo normal; perdiendo en una cantidad de sangre acompañada de la expulsión de pedazos de membrana (fenomenos del falso trabajo, expulsión de la cascara). Ella expuso esto diciendo: "Volví enajenadas y una cosa como "ollajes". Despues de esto la enferma recobró su buena salud anterior. Manteniéndole todo la atención el abultamiento de su vientre; aparece movimiento en membranacón como en sus mejores tiempos. ~ No ha notado que su abdomen haya disminuido de volumen.

A los 29 años (tres años despues) 3<sup>o</sup> embarazo, normal, que llega a término sin que la enferma experimente ninguna alteración. ~ A entonces a las 29 años tiene desarrollado, pero desde este época también daturas los signos de la enferma. ~ Al mes mas o menos despues de este parto empieza a notar perturbaciones en la orina y alteraciones en el exterior de la vena. Tres días despues, durante una noche, una dolorosa expulsión de un pequeño huesito arrastrado por la vena. ~ Tres días mas tarde un 2<sup>o</sup>, en la noche de este mismo día expulsión de otros dos huesitos y en fin de la mañana del siguiente día un quinto. Todos ellos mas o menos iguales (vertebrillas). ~ Inmediatamente despues de este la mujer entra al Hospital el 24 de julio de 1892. ~

Examen Ginecológico (1<sup>o</sup> Examen). ~ Fumar irregular del abdo, sin, superficie mareando sobre todo en el lado derecho. ~ Se notó expulsión. ~ Fumar difícil de cintas del interior. Este ligeramente aumenta, as de volumen situado atrás del Fumar, en retroflexión y en retrofusión. ~ Vagina recta. Orificio estrecho del orificio, ligeramente enchatido. ~ Histerometro se desvió hacia atrás más de 12 centímetros. ~ Círculo del suero vaginal derecho ocupado en parte por el Fumar. — Exámen Rectal: El Fumar hace inmovilidad a los lados del Recto.

38<sup>b</sup>

Desde el 24 de julio fehn del a entrada a la enferma al Hospital hasta el 9 de Agosto ningún síntoma <sup>nuevo</sup> de importancia apareció en la enferma (aparte de los dolores de la orina, alteraciones de la orina, calafrios, fiebre, perturbaciones digestivas etc etc)

10 de Agosto. ~ Hasta tarde la vino arrastró un pequeño hueso, (una vértebra). ~ Al once minutas se practicó el cateterismo de estrecho mm 2<sup>o</sup>. ~ El 13 segundos examen bajo el cloruro. ~ Constatación de otros huesos en la vejiga. Dilatación de la uretra por los dilatadores de Hégar (del 2 al 17) y en una pinza extracción de 2 piezas, más vértebras. ~ Situación de la vejiga: Debajo y delante del tumor. No se encontró abertura de comunicación entre la vejiga y el tumor.

14 de Agosto. En parafina. Se extrajo el esqueleto casi completo del tumor. ~ En breve se trató de hallar muramente las órbitas de comunicación entre el saco quirúrgico y la vejiga, fue imposible. ~

El 9 de Octubre se le dio su alta, completamente restablecida, gorda y muy contenta, 63 díns después de la operación.



## Resumen de la 2<sup>a</sup> Observación.

Rosario Gonzales, 28 años. ~ Buena salud anterior. ~ Neumonía a los 2 años.

Hist. Sexual: A los 16 a ≈ 1<sup>a</sup> menstruación. ~ Las ha tenido después con regularidad. ~ A los 22 a ≈ su parto, normal. No sufrió nada. Se levantó a los 6 días. Crio. ~

" 25 a ≈ 2<sup>a</sup> parto. Hubo accidentes (Retención de Placenta?). ~ Se levantó como al mes después, i. se mejoró bien.

A los 24 años ≈ 3<sup>a</sup> Embarazo, de curso normal. ~ Debió terminarse en Mayo del 91.

En esta época, estando en el campo, recibió una "Copa de un ternero": Perdió el conocimiento; dolores al vientre; Hemorragias peritoneales, etc. Se repuso de este accidente, i en gran prosperidad, su parto no se producía aún. ~ Pasó algún tiempo, resignándose al fin en no tener su niño. Permaneció en su vientre hinchado. ~ Aparecieron signos, se entregó a los quehaceres de su casa: anda i aun corre.

Durante este tiempo, solo notó que su abdomen empezaba a bajar. ~

Violentamente, una noche, fue acometida de atroces dolores al bajo-vientre; desfallecimiento, angustia precordial, Vomitos &c. (Vea fantasma), acompañado todo esto, con pérdidas de líquidos por la vajira. Un día de la gravedad entró al Hospital en Noviembre del 91 ~ (Servicio clínico del dr. Doecke).

Exámenes hechos en esta clínica. ~ Tumor irreg. del abdomen. ~ Pidió un líquido amarillento por la vaj. ~ Histerometro 9 c. Se introdujo con dificultad, i se desvió adelante i arriba. ~ Con los anteriores i el examen se diagnosticó un embarazo intra-utero enquistamiento del feto. ~ En Diciembre, se hizo bajo cloroformo, la dilatación del cuello del útero en las dilataciones de Hegar (hasta el 24), p<sup>a</sup> extraer los restos fetales. ~ No se resignó. ~ El tacto digital reveló la presencia de cuerpos duros e irregulares ( huesos?)

Al día sig., un lavado en creolina arrastró una pequeña Galanje. ~ Se trató de dilatar otra vez el cuello, ayudado de un Colpotónter, no disusmetado. ~ Se pensó en la laparotomía, pero hubo de abandonarse esta idea por las desfavorables condiciones en que se encontraba la enferma. ~ Pidió su acta i se fue al campo en Marzo del 92. Estadía allí de cinco meses. ~ Entró, de nuevo al Hospital, por indicación de un Estudiante, el 8 de Oct. - 92. ~ Sint. generales: tumor abdominal muy doloroso, sensible. ~

Diarría frecuente ~ Perdida de líquidos fetidos por la vaj. ~ Fiebre. Anoxia. Enfriamientos. ~ La inf. dice: que en vientre se ha bajado. ~

Examen Combinado: El útero i anexos, no se pueden aislar del tumor. ~

Fondo de saco vaj. ancho ocupado por el tumor. Superiormente llega hasta el Ombligo. Cubre toda la gran pelvis. ~ Los demás órganos, normales.

Examen Rectal: El tumor es fijo e irreg., i hace eminencias marcadas en el recto.

38a

22 de Septiembre. ~ Se practicó la laparotomía. ~ El tumor adhirió a las paredes abdominales. ~ Se estiró una gran parte del Esqueleto de un feto llegado al fin de su desarrollo. ~ Se buscó la comunicación que debía existir entre el tumor y las paredes uterinas o vaginalles (pues el líquido con que se lavó el kiste salía por la vagina) y se encontró que la Sonda utr. (en la cual se exploraba) se deslizó a través de la pared ant. del cuello del útero. ~ Existía pues, una comunicación entre el kiste y el cuello. ~ Se comprobó que el útero estaba atrás y a la izquierda del tumor, muy reducido de volumen.

Después de operada. ~ En total el estado de la paciente es malo. - Pulso muy pequeño. ~ En el 4º dia, aparece en la herida abdominal, burbujas de aire, y líquidos de las lavativas alimentarias. ~ Se ha establecido una segunda comunicación entre el tumor y el Recto (!). Despues de este accidente la enferma decía con rapidez, y murió el 27 de Oct., al 5º dia después de la operación, a las 6. P.

Autopsia: Tumor situado casi en la linea media, un poco desviado a la izq. Adherencias del saco a la pared abdominal y al Epíplano. ~ Exudado purulento en el Peritoneo. ~ Relaciones del saco: Adelante, entre la p. y el ciego. Encima de la vejiga. ~ Atás, estaba el Recto, imposible de desprendir de la parte post. del kiste. ~ Se estiró conjuntamente entonces una pinza anatómica comprendiendo las paredes del saco, la vejiga y el Recto, comprendiendo tamb. los genitales est. (Vulva, Vag.) ~ Estudiada separadamente, y en una disección prolija, se comprobó: El Anexo derecho casi intacto, el ovario un poco atrofiado. ~ El Anexo izq. - no se pudo hallar, faltaba parte del saco fetal o se habría fusionado a él. ~ El útero, era muy pequeño, atrofico, difícil de reconocer, entre el Recto y el tumor, englobado en medio de adherencias.

El saco tenía 2 orificios de comunicac. 1, en la pared ant. del cuello del útero a un centim. por encima del orificio est., tal como se había comprobado durante l'operación. ~ el 2º, era una ancha comunicac. en la pared ant. del Recto + o - a 1.5 centim. del ano, que se produjo después de la operación, en el 4º dia.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

mas hayan sido atacadas de esta anomalía de concepción? ~ Aquí como en la mayor parte de los casos, es casi imposible decirlo. ~ No podemos sin embargo, atribuir en nuestros casos, como causa predisponente, el hecho observado, de que las enfermas presentan comúnmente, un "largo periodo de esterilidad", o el que, hayan tenido "antiguas perturbaciones en su aparato sexual". Mas aun, en nuestra primera observación S, después de haber tenido una concepción normal, da a luz un niño en perfecto estado, y sin haber sufrido nada durante su embarazo. ~ En ausencia de todo proceso patológico, se puede admitir como causa de la Preñez ectópica, la Torsión, sobre la Torsion que experimenta la Yutoma en su desarrollo. En efecto, en numerosas preparaciones, Freud ha demostrado que en el curso del desarrollo, la Yutoma experimenta una especie de torsión en Diábatos que gradualmente desaparece mas tarde; pero puede persistir dice algunos de estos divertículos, de modo de impedir la progresión del hueso (Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Yuben).

Volkmann's Sammlung, klinischen Vorträge, n. 323.) . . .

En nuestras dos enfermas, el embarazo extra-uterino ha evolucionado exactamente como si se tratase de una preñez uterina normal; esto demuestra que el diagnóstico es más difícil de hacer, i en ciertos casos es imposible, hasta que no se presenten otras síntomas que foden aclarar el diag. ~ Toda la Sintomatología que se ha dado como perteneciente a la Gestación ectópica es mi experiencia, pues cada caso presenta en su evolución diferencias bastante marcadas, para imprimirle una fisionomía diversa. ~ Es muy probable que en las enfermas, se haya producido en el término normal de la Gestación, un trabajo uterino prematuro, que constituye los fenómenos del "falso trabajo". Algunos, es esto lo que parece desprendese de la anamnesis de la 2. de estas observaciones, G, recibió en esta época, una violencia exterior que causa la muerte del feto. Entre los fenómenos que se producen después, la pérdida de sangre por la Vajina, los dolores pelvianos etc, anuncian que empieza un trabajo uterino; después todo esto se calma, y el Kisté fetal tratará de eliminarse. ~ En la otra enferma S, los dolores peritoneales como los del parto, pérdidas sanguíneas uterinas, y es seguro que el feto ha muerto durante estos accidentes, pero esa singular, después de estas perturbaciones, nuestra enferma se hace embarazada nuevamente i da a luz un hijo, sin ninguna maledad. De este de esta fecha es cuando empieza en S, el trabajo de eliminación del Kisté materno, después de cerca de cuatro años que permaneció en el vientre de la mujer.

Buenas noches señoras y señores, gracias por las bondades de haberme escuchado que mas.

comunmente llegan a término, y en las que se produce la eliminación después de la muerte del feto. Nosotros creemos que, a parte de los embarazos abdominales, son las "Prótesis tubarias intraligamentosas las que mas generalmente llegan al final de su evolución, a las que mas tendencia tienen <sup>también</sup> a alojarse en los órganos vecinos"; ~~y podemos estar autorizados para~~ ~~que no se trate~~ ~~sólo~~ ~~factudipotá~~, y pensar que por el solo hecho de que una <sup>p. ej. el Recto</sup> prótesis extrauterina llegue a término y se aloje en un órgano vecino, debe tratarse en este caso, de un embrión desarrollado en la envoltura del ligamento ancho. (Lawson Tait).

Desde que el saco que contiene los detritus fetales llega al periodo de su eliminación, el que tratará de franquearse en camino al exterior, si lo hace por la juntura en cuatro direcciones principales: 1º. a través del Recto que es la vía mucho mas frecuente de todas; 2º. en los fondos de saco, raijinas en particularidad en el recto; 3º. a través de la vejiga, y 4º. enfin, muy raras veces, a través de la pared abdominal, cerca del ombligo.

En muchas enfermedades los kistos fetales supurados se han abierto el uno en la vejiga y el otro en el cuello del útero. La abertura en el útero mismo, es sumamente rara, y no he encontrado, en un gran número de observaciones que he registrado, sino un solo caso en que la eliminación, se hizo por el útero. (V. Maschka, Contrablaßt für Gynäkologie, 1885.)

Se pretende que en estos casos, la prótesis ha de ser <sup>de nuestro caso,</sup> Intestinal o Subuterina, pero el examen <sup>de nuestro caso,</sup> comprobado por la autopsia de la enferma, nos revela que esta terminación de la prótesis intraligamentosa, debe existir al lado de las otras. <sup>Además,</sup> La variedad intestinal, es de todas, las que menos frecuentemente evolucionan hasta el fin, pues se termina por lo comun por hemorragia mortífera antes del 4º. mes. En nuestro caso, se trataba de un feto de término como lo demuestran los huesos que se extrajeron en la operación de ellos y las medidas que se tomaron de ellos. Además, la autopsia, nos dio a conocer, que si bien el útero no era normal, en cambio la túnica del lado izquierdo estaba completamente transformada, y casi fusionada con la de la derecha, en las paredes del útero, que se había desarrollado, abajo hasta la pequeña pelvis. Lateralmente, entre las paredes de ésta, hacia arriba hasta llegar a la pared abd. ant.

En cuanto a la terminación del primer caso, de abertura del kiste por la vejiga, los huesos no son tan raros. Densa el tercero lugar, entre las terminaciones que pueden tener los embriones extrauterinos. Intestinal, mentoblastico. Esta terminación ha sido designada más impropiamente con el nombre de "Prótesis Vesical". y es considerada como mucho mas grave que todas las otras. Es amenojo fatal dice Parry. Nuestro caso ha sido

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

coronado por el éxito más feliz después de la intervención. ~

Winckel, qui ha hecho un estudio muy enciendido sobre esta clase de embarazos, suministró la mayor parte de los casos publicados hasta el año de 1890, llega a la conclusión de que, 50% de los casos de embarazos tubarios fística-ligamentosos, se abren en la vejiga. (Sammlung Klinischer Vorträge, fundada por Volkmann, n.º 3, 1890) "Über Den Durchbruch extrantiner Fruchtsäcke in die Blase, von Franz Winckel. ~) ~ En el caso, me sirve de introducción a su trabajo, llegó al diagnóstico de embarazo tubario fística-ligamentoso, por los consideraciones siguientes:

Los embarazos ectópicos más comunes son los tubarios; de estos, solo los intraligamentosos llegan generalmente al final de su desarrollo; después como caracteres anatómicos señala el hecho de que el espacio de Douglas y la excavación viscer-uterina se encuentra vacío, y el saco tiene una situación profunda. Después de la operación pudo dividir el saco, del ligamento ancho derecho, que era normal. ~ Mas adelante añade, la situación intraligamentosa del saco fístico es favorable para el desarrollo de una abertura en la vejiga, si está situada según sea el punto en que se haya insertado la placenta. ~ Así cuando ésta situada hacia arriba, abajo, o a los lados, el saco se romperá en el punto en que encuentre menos resistencia. ~ Esto varía naturalmente según la situación que tenga el saco fístico respecto de los órganos vecinos, así como de la dirección e intensidad de la presión abdominal, y aun después de tomar en cuenta estos hechos, nosotros creemos, que la abertura de un saco fetal antiguo, es a veces cuestión de mera casualidad. ~ Así, por ejemplo ~ a qué podíamos atribuir el hecho de que en nuestra 1<sup>a</sup> observación, el fistic se haya eliminado ~~en su parte~~, por la vejiga, mientras que en el 2<sup>a</sup> caso de nuestra referencia, ha tenido lugar en el cuello del útero. ~ Yo no podría invocar ninguno de los hechos citados por Winckel en apoyo de ~~eso~~ lo que ha sucedido en nuestras enfermas. ~ Querías en el caso de G, el Kinnismus haya tenido alguna influencia sobre el sitio en que debía producirse la ruptura, ~ todavía aquí, cuando ya estaba abierto en el cuello, se preparaba una 2<sup>a</sup> q. tenía lugar en el Recto. ~ ~

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Como La Fístula tubaria <sup>frecuentemente</sup> interliga <sup>en su nueva situación</sup> gosa, puede durar el período de su evolución, sufri <sup>frecuentemente</sup> una ruptura, y entonces desarrollarse secundariamente el feticcio, protegido por las hojas del ligamento ancho, se podría preguntar si en algunos de nuestras observaciones no se trataría de un caso semejante. ~ Pero la autopsia en una de ellas, así como la ausencia <sup>en ambas</sup> de síntomas durante la fístula anormal, que indica casi que se habría producido tal complicación, nos hacen pensar que en ninguna de nuestras enfermas, ha tenido lugar la ruptura del sa-

en fetal en el ligamento ancho. ~ Al menos podemos casi asegurar esto, para el caso que relatamos en autopsia, nos está mos en un que la tienda, a pesar de la disección minuciosa que hicimos de ella, no se pudo encontrar señales de ruptura. ~ Los padecimientos graves de muchas enfermas no empiezan sino cuando el kisté fetal, después de haber experimentado la Quimiose, ~~habiéndose espaldado~~, llega a ser un verdadero cuerpo extraño para el organismo.

Aunque la presencia de un feto enkista, ~~no~~ no es incompatible con la vida, i aun en cierto grado de salud, como ha pasado en las enfermas a que me refiero, la tolerancia del organismo no es constante, y al cabo de un tiempo, que en algunas enfermas es más largo (cerca de 4 años para nuestra 1<sup>a</sup> enferma) y en otras mas corto, (un poco mas de 1 año para la 2<sup>a</sup>). el kisté cadáver fetal oha sobre las paredes del saco de una manira irritativa, de modo que las paredes se inflaman, supuran o se gangrenan bajo la influencia de la descomposicion del feto, y el contenido del saco tiene tendencia a ser expulsado al exterior, cuando el feto no experimenta las notables transformaciones que ~~sostiene~~ lo convierten en Libopedion.

Una vez que se han establecido las fistulas entre el tumor fetal y algunos de los órganos vecinos, la enferma se encuentra constanteamente a los peligros de una ~~salsificación~~ intoxicación putida; a una verdadera septicemia, a causa de la吸收cion de los productos sépticos contenidos en el saco. Grisell, en efecto, ha demostrado la existencia de septicemas, en enorme cantidad, en los líquidos de un feto de término muerto desde al. gran tiempo (Centralblatt f. Gynäcologie, 1889). ~ El trabajo de eliminacion impuesto por la naturaleza es a menudo muy lento, parcial, y sucesivo, y puede durar muchos tiempos. Späth, citó un caso en que se ha prolongado durante 20 años. ~ La gravedad de esta terminacion ha sido exagerada quizás, pero en lo que los autores están acordes, es en considerar la terminacion por fistula vesical como la más grave. ~ Dicha a menudo fatal (Parry). ~ La eliminacion se complica además de una cistitis grave que entra a la Pielitis i a la Nefritis aguda. ~ En vista de estas consideraciones, qui debia hacerse en muchas enfermas?

Tenía inempurable observar para estos casos un tratamiento expectante: ~ la intervención se impone desde luego para ayudar al organismo en su trabajo de eliminación. Pero debemos elegir el

el tratamiento que mas pronto e segunamente nos lleva a la curación de la enferma.

A este respecto nosotros dijimos que la "simple abertura del kisté fetal, con conservación del saco," siempre que el tumor fetal haga una eminencia comunicada en las paredes abdominales, y no se encuentre profundamente encajado en la cavidad pelviana, y sobre todo, cuando no se funda en el saco el trayecto fistuloso que hace comunicar la cavidad del saco kístico con el órgano en que se ha abierto, o cuando éste sea muy estrecho, la intervención por la Laparotomía debía, es el proceder quirúrgico que debe emplearse, cuando se quiere llegar a un establecimiento verdadero en la salud de las enfermas. ~

Tenemos el íntimo convencimiento

que en nuestra segunda operada, no ha muerto a consecuencia de la complicación, Niña de Medellín, causa de la complicación que se produjo al final de la intervención, después de haber intervenido. ~ El tumor que encerraba el saco kístico, impuso por comprimir las paredes del recto, producir su alteración y obligando por establecer la comunicación que existía entre el saco y la pared anterior del recto. Fue esta misma ruptura del kisté, lo que produjo, los síntomas tan graves de la enferma, en ese día, i lo que causó el fatal desenlace. Si no hubiera sido por esta complicación, este caso habría sido como el primero, coronado por el éxito más brillante. ~ Este hecho nos enseña también que en esta observación por el hecho de haberse abierto el kisté por el recto, se podía sospechar la existencia de la Prisión Yutá-ligamentosa. Al mismo, así lo quiso Laroum Zaït. ~

De aquí podemos también deducir que la intervención en los kistés fetales avanzados, debe hacerse lo más pronto. ~ Haber pensado en extraer los kistos fetales, en esta enferma, por la Colpotomía, no otra operación análoga, habría sido imponer un trabajo más laborioso, a causa de la estrechez del campo operatorio y de la dificultad que se habría tenido para extraer, los huesos de un feto de niño. ~ También la poca facilidad para hacer lo más anestésico posible, el riesgo en toda su extensión. ~

Ahora, en cuanto a nuestra primera enferma, se empleó, a ejemplo de Winckel, por dilatar la uretra, como dijimos en nuestra descripción, para ir a buscar en el inicio el orificio de comunicación del saco en la vejiga, pero no se le pudo hallar haber hecho la dilatación o agrandamiento de la fistula, i extraer por medio de pinzas los huesos del feto, pero no se pudo hallar ni trazas de comunicación. ~ Que debía hacerse entonces? ~ Pienso, como Winckel mismo lo ha hecho, a la Colpotomía, o como Müller, a la Fecotomía vaginal, o todavía a la Histerotomía

En cuanto a nuestra tesis observación, se han los ~~anteriormente~~<sup>reflexiones</sup> que podemos hacer, es que se trataba de un embarazo tubario simple, como nos lo demostró la autopsia de la mujer. - El embarazo ectópico habría tenido lugar en la trompa derecha, como lo comprueba el estudio de la pieza anatómica. - Sin embargo, podria también pensarse que este caso pertenezca a la clase de Pérey ovárica, en vista de la desaparición del ovario de este lado. - Esta raridad de embarazo extra-utero es muy rara, y aun negada por muchos ginecologistas.

Esta enferma había tenido un solo hijo, hacia 1 año y 3 meses, antes de que se enfermase. - Despues se le suspendió su menstruación, aunque ella no sabía si estaba embarazada, i notó que su vientre empezaba a crecer, al mismo tiempo que sentía ríos dolores. - Cuanto llegó al hospital hacia tres meses mas o menos, que no tenía en regla el desarrollo del vientre no correspondía a un embarazo utero, de esta fecha. - Solo había perdido una sola vez impureza de sangre, y esto habría pasado sin mayores perturbaciones. - Podía con estos datos, ademas de los administrados por exploración ginecológica (útero duro, ligeramente fluctuante, <sup>en un punto</sup> inmóvil, etc) haberse hecho el diagnóstico de embarazo ectópico? - Francamente, creemos que estos casos que se presentan en una Ginecología tan oscura, sin imprimibles de diagnóstico. - ¿Cómo explicarse el que nuestra enferma, que se encontraba bajo el peligro inminente de una ruptura del kisté fetal-tubario, no hubiere experimentado los síntomas formidables de una hemorragia interna grave, fulminante, que es la terminación mas frecuente de esta clase de gestación?

Opinamos que en el caso de nuestra referencia, las paredes del quiste no se dividieron hasta llegar a la ruptura, porque el "Embarazo mas desde temprano", se desagregó, i llega a ser completamente reabsorbido, sin que se evidencien en el saco, ni señales del feto. - La hemorragia que en este tiempo se produjo en la trompa, soportada por la enferma, sin que se produjeren síntomas alarmantes, transformó la cavidad kística de la trompa en un saco, que contenía el líquido que se derramó, durante la operación. - Sentimos no haber podido hacer el examen de este líquido. - La inadvertencia de una de las empleadas nos privó de ello. - Esta terminación de la Pérey tubaria simple, por "metate primitiva del feto", es ciertamente muy rara, pero en fin, existe, i si no sabíamos decir, qué otra explicación convencional podria hacerse para el caso de que nos ocupamos. - El curso que ha seguido la enferma desde es digno de recordarse: ésta mujer en tres <sup>meses</sup> ha llegado al ultimo grado de desorganización, al mas asusto mas completo.

La infeción de la economía por la reabsorción de los productos déjicos

a) "El útero y las dos trompas deben estar intactos; un ovario alavista, el otro sobre el saco ovario, y constatar microscópicamente en la pared del kisté, la presencia evidente del tejido ovárico."

Y a la Taller subpubiana, como lo ha practicado Werth?

Juzgamos que todas estas operaciones, en nuestro caso, habían sido más inferiores quizás, en sus resultados, a la simple incisión del abdomen. Opinamos aun, que la incisión abdominal <sup>debe</sup> casi siempre preferida a la incisión vaginal aunque el kisté fetal se encuentre en el fondo de saco de Douglas. La ventaja de hacerse desde el primer momento, dentro del campo operativo es ya un gran recurso para el cirujano.

Y aun, nosotros consideramos que la simple abertura del kisté fetal, en conservación del saco (marsupialización) debe superarse siempre, que el kisté haya entrado adherencias en la pared abdominal anterior, de esta suerte, los peligros de una infección peritoneal son mucho menos probable. Cuando estas adherencias no se han producido, y habrá sido necesario dirigir de interior de este modo, se hará la <sup>resonion</sup> del saco kístico a los bordes de la herida tegumentaria por medio de suturas, teniendo cuidado de no penetrar a fondo en el saco, sino hacer caminar la aguja en las capas superficiales de la pared del kisté. Inseguida se abre el saco ~~y~~ se estira su contenido y se desinfecta su cavidad en líquidos antisépticos.

Prieto, ha publicado 9 casos de Preñez Ectópica, tratados por la marsupialización (conservación del saco) en un solo caso fatal. El llama a esta conservación del saco "Exteriorización del saco". Usa como líquido preferente para la desinfección del saco el Nastol B.

Cuando el kisté fetal hace una gran eminencia en la pared del abdomen, de modo que ha levantado y desprendido el peritoneo, incluido como está en el ligamento ancho, enviendo quizás incisión directamente sobre el punto mas saliente del tumor; así se ~~puede visitar el GEMAD en la caridad~~ daña peritoneal (W. Duncan, Clinical lecture on extra-uterine gestation i London, 1896, the Lancet, .). Se pone en los casos de que tratamos, como lo ha hecho Hitzmann (Archives für Gynäkologie, 1882) la extirpación total del saco y de su contenido, de modo de producir la emaciación punta y radical? Esto es sencilla, como dice Prieto, "mas quirúrgico, pero quizás, pero no mas prudente". Esta operación no ha dado tan buenos resultados como el Método conservativo del saco. No obstante Porri, ha realizado 27 observaciones con 26 éxitos, 1 muerte. Werth da un 35% de curaciones.

Pedricinos Godana, ha algunas ensayos, sobre las otras operaciones que se han empleado para la extracción de estos kistos fetales (Péniotomía, .), pero esto nos lleva más lejos de Pedricinos del enredo que nos hemos traído, en el que se hacen algunos comentarios, sobre lo que hemos visto y observado en nuestras enfermas. Entonces, pues, des de luego a nuestras Conclusiones.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

del cuos ha sido bien manifiesta, como lo atestiguan la fiebre hústica, la diarrea, etc. ~ Esto nos p. lleva a admitir de lleno, que las investigaciones de Zweifel que han probado la existencia de gérmenes patógenos en los líquidos de los fetales, tienen aquí su confirmación exacta. ~ Estando la enferma en este estado tan desplorable, i no teniendo sentido diagnóstico preciso, ¿Cuál debía ser la conducta del Cirujano? ~ La voz Tait, en este categóricamente a ésta pregunta, del modo siguiente: "Cuando ~~sus~~ encuentras, ~~que~~ un enfermo, dice éste licitil ginecólogista, en peligro de muerte, por el hecho de endovenosas intra-abdominales, que manifiestamente no son de naturaleza maligna, pero cuyo diagnóstico exacto es imposible, yo abro el ventre, i con ésto, aseguro el diagnóstico, i hago posible un tratamiento racional". (Laurem Tait, Maladies des Femmes 1891 cap. 608) Y mas adelante añade: Que "procede del mismo modo examinar las endovenosas peritoneales, que hacen la vida <sup>de</sup> mi enferma miserable por el hecho de sufrimientos continuos, que no han podido i no pueden ser aliviados por todos los otros medios empleados anteriormente". ~

La incisión exploratoria, era el único recurso que podía ser tentado en favor de la vida de la enferma, pero habiendo tenido lugar ésta, en un caso desesperado, puede decirse "in extremis", los resultados tienen que ser, los que ya de antemano se previan. ~ Si esta enferma no hubiere ingresado al Hospital en condiciones tan lamentables, otra habría sido su suerte; pero sabidos son los hábitos tan decididos de nuestra gente popular, que solo buscan un <sup>aviso</sup> auxilio en el Hospital, cuando ya su salud está gravemente comprometida. ~

Museo Nacional de Medicina

En vista de los datos que nos ha suministrado la mar-cha de la enfermedad, la operación, i después la autopsia practicada, así como el examen de la pieza anatómica, podemos avanzar que <sup>en</sup> este caso se trataba de un Embarazo Su-berio de 10 <sup>final</sup> Trimestre derecho, en la cual el Feto ha muerto en los primeros <sup>meses</sup> <sup>final</sup> supien-do modificaciones que han tenido por resultado su reabsorción. ~ En cuanto a la Membra-na Carnosa i gruesa que se extrajo del Sacro-Kristie durante la operación, la premura del tiempo me impidió hacer <sup>microscópicas</sup> microscopias de ella; pero por su aspecto, lo estimo, no sería aventurado suponer que estuviese formada por la Placenta, en estado de degeneración.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## 4º. Conclusiones.

El estudio detenido de nuestras enfermas, así como que hemos podido comprobar en las autopsias, nos han llevado a las siguientes conclusiones:

1º. - No es constante el hecho observado<sup>por muchas autoras</sup> de que las enfermas que sufren de Embarazo extra-uterino, hayan sido anteriores estériles por "largos años", o hayan tenido frecuentes perturbaciones en su aparato sexual. (Observación 2º. i 3º.)

2º. - La Variedad de Ovario ectópica, que se ha llamado Intraligamentosa (Werth) o subperi toneo felviana (Desjardins), es la que más frecuentemente llega al término de su evolución, también una de las menos rara.

3º. - El diagnóstico exacto de un Embarazo Extra-uterino, es imposible antes de la ruptura primaria para el embarazo tubario, i antes del cuarto mes para la variedad intraligamentosa. -

4º. - Cuando se ha podido constatar i reconoce los huesos u otros restos fetales en el fiso evacuado<sup>por el hiso</sup>, el diagnóstico es, por el contrario, fácil.

5º. - El sitio, o el órgano, en el cual se ha abierto el quiste fetal (Recto, Vagina, fondo de saco vaginal posterior) es una prueba, de que el sitio de la Ovario Ectópica es la vidad del ligamento ancho. -

6º. - De la eliminación del quiste por la vejiga no es rara ni mucho menos<sup>tan peligrosa</sup> fatal, como hasta ahora se ha escrito. (Observación 1º.)

7º. - El desarrollo de un embarazo normal, intrauterino es incompatible con la existencia de un Embarazo Ectópico.

8º. - La terminación de un quiste fetal Intraligamentoso por ruptura en el cuello mismo del útero, es una terminación muy poco frecuente. (Observación 2º.)

9º. - La simple incisión abdominal, con conservación del saco quístico (Museo Nacional de Medicina) debe preverse si hay adhesión de la cavidad ligamentosa al peritoneo, a cualquiera otra intervención, siendo cuando se quiere obtener una curación pronta, completa i duradera.

Carlos Alberto Salas