

56-1

Dr. Briado

81-1A n°2

n° = 1570

Ca 2382 (1570)

 UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

5313213104

X-53-380018-7

Evolución clínica y
degeneraciones
de los fibro-miomas uterinos.

Tesis

que para optar al Grado de Doctor en

Medicina

presenta

Isidoro Rodríguez Criqueros.

Madrid.

Indice.



Páginas.

Etiología	5
Evolución	10
Transformaciones asepticas	28
<i>id</i> septicas	43
Causas predisponentes	44
Causas determinantes	50
Transformaciones malignas	56
Degeneracion sarcomatosa	56
<i>idem</i> cancerosa	63
Observaciones.	
1 ^a Fibro-miomas intersticiales del utero	70
2 ^a Expulsion espontanea de un fibromioma	74
submucoso que peso 375 gramos.	
3 ^a Fibromas uterinos desde el nacimiento de la	78
enferma.	
4 ^a Fibromas con degeneracion amiloidea	79
5 ^a <i>idem</i> supurado y calcificado	83
6 ^a Fibro-mioma con degeneracion calcarea	85
7 ^a <i>idem</i> uterinos	88
8 ^a Polipo fibromatoso de la cavidad uterina	89
9 ^a Fibroma uterino comprimiendo el recto.	91

10. Fibro-miomas uterinos	92
11. Fibroma uterino	93
12. Fibroma-recto-uterino comprimiendo la uretra	94
13. Fibromas uterinos con degeneracion grasienta	96
14. Tumor uterino fibroquistico supurado La Parotomia. Muerte	98
15. Absceso de un fibroma por inyeccion de ergotina	101
16. Mioma submucoso.	102
17.	104
18. Fibroma quistico purulento. Adherencia al recto	107
19. Fibro-mioma uterino con lesion cardiaca	110
20. Fibro-mioma con metritis catarral cronica	111
21. Fibro-sarcoma y pelvi-celvitilis	112
22. Fibro-mioma submucoso del utero. Septicemia. Muerte	114
23. Supuracion de un fibroma por galvano-puntura quimica	115
24. Fibroma supurado. Coli-bacilo	119
25. Atrofia de un fibroma del volumen de una cabeza de feto	121
26. Fibro-mioma uterino comprimiendo la vejiga y recto	123
27. Fibro-miomas intersticiales.	125
28. Fibromas uterino voluminoso	125
Conclusiones.	127



Evolución clínica y
degeneraciones
de los

Fibro-miomas uterinos.



Isidoro Rodríguez

Trigueros

Madrid 12 de Septiembre

de 1901.



Exmo Señor:

Es costumbre ya consagrada por el uso, en esta clase de actos y aunque así no fuera, estimo que debe de constituir una obligación ineludible el explicar, siquiera sea brevemente la razon o razones que han determinado al graduando, a preferir el punto que constituye el fondo de mi Tesis.

En rigor y por lo que a este tra-

bajo se refiere, las razones que han motivado la elección del asunto, pueden reducirse á una sola; de la que las demás son ó derivaciones ó ampliaciones.

No es aquella otra, que mi afición decidida á los estudios Ginecológicos, á los que desde que comencé á conocer, sentíme inclinado, no debiéndose desde luego pequeña parte de esta inclinación, á la circunstancia de que habiendo sido interno de la Clínica que en esta Facultad hay consagrada á tan importante especialidad, tuve ocasión de recibir de cerca las lecciones y los valiosos datos de experiencia del Catedrático que tan dignamente la dirige y del que siempre me honcaré en llamarme discípulo.

Ahora bien; dentro del vasto campo de esta especialidad, tenía que elegir forzosamente, para que mi trabajo aunque siempre modesto, resultase lo más intruido posible, un asunto del que me hubiera sido dable recoger el mayor número de observaciones. Y ya con este criterio la elección no podría ser dudosa, pues por su frecuencia, por su trascendencia clínica y por su variedad de edades en que se presentan, los tumores miomatosos del útero, se ajustan perfectamente al criterio prefijado; y dentro de ellos el capítulo referente a su evolución clínica y degeneraciones, por ser el más discutido y por tanto el más necesitado de aportes de datos; es el que me pareció preferible para asunto de este

trabajo que careciendo de toda clase de pretensiones, solo aspira a que se le mire con la benevolencia propia de ese digno Tribunal.



Evolución clínica y degeneraciones de los fibro-miomas uterinos

Como precedente indispensable para el estudio de la evolución clínica de los fibromiomas uterinos, juzgo convenientemente hacerlo antecedente de unas breves consideraciones sobre la etiología de esta afección, que servirán de punto de partida y a las que en el curso de este trabajo habrá que recurrir en ocasiones. Claro es que se trata de una exposición sumarisima lo indispensable para dar-

se debida cuenta de lo que a la evolucion se refiere.

La primera cuestion que teniamos que resolver era la de la **herencia**. Muchos autores señalan a la herencia como la responsable de la aparicion de los fibromiomas uterinos, pero este hecho pierde toda su importancia dada la extrema frecuencia de los fibromas, nada de particular tiene que haga su aparicion en madre e hija. Además nos encontramos con grandisimas dificultades en la práctica, para hacer una verdadera estadística por la oposicion que encontramos en las familias, las cuales por un fin puramente científico, no se someten a reconocimiento y además como no todos los fibromas acusan sintomas, las mujeres afectas de dichos tumores se creen sanas

y no se someten por tanto a reconocimiento;
citare sin embargo el caso de Veit en el cual
"se ve una familia verdaderamente monomata
"dos hermanas, una prima segunda de la mis
"ma, la madre de esta prima, la madre de
"las dos hermanas y una prima carnal terian
"monias, y por cierto que las cuatro enfermas de
"menos años eran relativamente jóvenes puesto
"que no habian cumplido los veinticuatro años.
"Las dos enfermas de más edad referian que tam
"bien ocrian poder asegurarse que sus madres
"habrian tenido el mismo padecimiento."

Otro caso de Rause; dos herma
nas presentaban monias a los cuarenta y
un años y una hija de una de ellas tam
bien padecio de ellos.

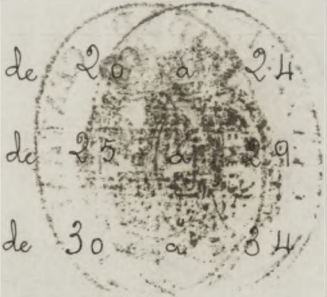
Yo creo que la herencia no es un factor etiológico importante, por que si no intervienen otros factores es posible que el tumor no se desarrolle o se desarrolle lentamente y por otra parte admitiendo ese factor como determinante, nos extrañamos al ver, que hay fibromas que evolucionan con factores etiológicos completamente distintos.

La predisposición hereditaria habría de ser interpretada de modo análogo a la predisposición anatómica.

Edad. Todos los autores están de acuerdo para fijar el maximum de frecuencia en la aparición de los mismos, de treinta a cuarenta años, siendo raro encontrarlo antes de esta edad como Beigel refiere un

caso en una niña de diez años y Sigmond haber visto quimeras miasmáticas en úteros de niñas, así como la Observación 3^a de nuestra historia de una enferma del Dr. Isla.

Segun la frecuencia estadística del Dr Segond referentes a sesenta y ocho enfermos operados por fibromas uterinos nos encontramos con:



1	de	20	a	24	años.
4	de	25	a	29	id
11	de	30	a	34	id
13	de	35	a	39	id
17	de	40	a	44	id
12	de	45	a	49	id
10	de	50	a	55	id

0 por encima de esta edad.

Y donde vemos, que el desarrollo de los fibromas se remonta a la época subsecuente de la pubertad por ser en esta cuando el útero verifica su evolución completa y por tanto no hay motivos anteriormente para la formación de hiperplasias; además en esta época es cuando obran los viritantes peligrosos.

Estado. Las estadísticas en este punto son contradictorias, pues Schmacher demuestra que las solteras enferman más a menudo que las casadas y es opinión de muchos médicos que cuando el útero no despliega su actividad en las funciones propias que le están encomendadas (gestación), tiene que emplearlas, en formación de tumores, puesto que su tendencia es a hiperplasiarse

no otra cosa es lo que hace el útero durante su período gestatorio, pero esta opinión de Schmacher no tiene en realidad datos convincentes algunos teniendo en cuenta que es la causa más común por la que la soltera consulta a su Médico.

Winckel deduce, que las casadas están más expuestas a padecer de fibromas uterinos que las mujeres vírgenes y que el desarrollo de estos tumores disminuye el número de partos; nosotros creemos con Hofmeier que no existe relación entre el desarrollo de los fibromas y las funciones de reproducción de la mujer, y que lo que verdaderamente ejerce un papel importante es, que las lesiones de las endometritis son

el punto de unión entre la esterilidad y los fibromas, pudiéndolos expresar del siguiente modo:

Fibromas = endometritis

Endometritis = esterilidad frecuente.

Los autores que siguen la opinion de Wichow como Helebs Gottschalk Karger etc, considerando la causa de los fibromas la irritación local primitiva, parece que se aproximan algo más a lo cierto, porque dicha irritación, puede ser de causa variadisima y en este caso los excitantes peligrosos puede que desempeñen un importante papel, sin que por esto los podamos considerar como un factor etiológico determinante; la mujer casada que su cohabitación es diferente ya

por que el marido no sea todo lo potente que las necesidades de la mujer exijan, ó porque deliberadamente empleen procedimientos que se opongan á la concepción, actuando constantemente estos irritantes, pueden determinar un estado patológico precursor de los fibromas uterinos.

La masturbación ya sea de causas físicas, sociales, intelectuales, mixtas, religiosas pueden también ser causa de la producción de fibromiomas. La mujer que se halla en la época del desarrollo, no se puede resistir á muchas impresiones psíquicas que producen resonancia en su esfera sexual. En efecto, muchos hechos que ocurren en el mundo que rodea á la mujer como es, el matrici-

monio de sus amigas, el trato constante con individuos del sexo opuesto y la literatura licenciosa, son causas que determinan excitaciones de todo el aparato genital, que sucediéndose con frecuencia producen una irritación nutritiva por cuya proliferación dan lugar a la producción de fibromiomas. Todas estas son causas que deliberadamente nos ocultan las enfermas, pero que indudablemente ejercen un papel etiológico bastante importante.

En realidad lo que es verdaderamente sorprendente, es el por que dada la serie de causas enumeradas, unas veces se desarrollan nevrosis histéricas, en otras se altera el endometrio y en otras por fin, se producen fibromiomas uterinos.

Otra hipótesis puramente química es la que cree que el factor etiológico más importante, es una auto-intoxicación producida por la denigración en la evolución de las sustancias alimenticias, las cuales según Gantzer, tendrían una escala ascendente hasta llegar a productos derivados del radical cianhídrico y otra escala descendente donde todas las sustancias abscorran al radical amoníaco ó a los compuestos amoniacales; pues bien; cualquier denigración en dicha evolución, produciría verdaderas toxinas, las cuales van a obrar sobre todos los tejidos, produciendo sus mayores estragos en aquellos que verdaderamente se encuentran debilitados por una endometritis viniendo como factores

coadyuvantes a producir dichas neoplasias, las causas anteriormente enumeradas.

Todo esto no pasa de ser mera hipotesis y para obrar con honorades, debemos confesar ingenuamente, que hoy por hoy, no conocemos las causas del desarrollo de los tumores, ni que ninguna de las infinitas opiniones que corren en los Tratados que se ocupan de esta materia, llevan la convicción al animo del observador reflexivo y que distan muy bastante de estar próximo a la realidad; creyendo nosotros, que por el único camino por donde podemos obtener verdaderos progresos, es por la investigación anatomico-patológica.

Evolución.

Los fibro-miomas aumentan progresivamente por crecimiento de los nódulos perivasculares (según demuestran los histólogos) por formación de nuevos centros alrededor de los puntos de crecimiento, no como Velpeau creía a expensas de coágulo sanguíneo depositado en el parénquima del útero ó como Engert de Chicago a expensas de trombos organizados.

Los vasos de calibre pequeños, están envueltos de una corona celular proliferante de núcleos múltiples. El desarrollo de los fibromiomas, se hace enrededor de los vasos. Tanto el sistema vascular interno, como el periuterino, toman parte activa en la producción de estas neoplasias, explicándose de este modo, la gran frecuencia de las metrorragias que acompañan y a veces preceden a la presentación de los fibromiomas. El modo de crecimiento explica sus aspecto lobulado en torbellino yunta-puesto; cada nódulo, en efecto, representa una nueva formación produciéndose alrededor de un nuevo centro punto de crecimiento derivado de una corona peri-vascular. Este punto es el origen de una neocapi-

larización, esta capilarización se desarrolla al mismo tiempo que el tejido fibromatoso crece hacia la periferia.

El asiento por tanto de estos tumores, es siempre intramural, ó lo que es lo mismo, el germen del fibroma se halla incrustado en la propia sustancia del miometrio, ó sea en el parénquima propiamente uterino y rodeado por todas partes de laminillas musculares.

Si siguiendo su curso ulterior de crecimiento, por la fusión de unos nódulos con otros, el fibroma va avanzando hacia las superficies ó bien serosa ó bien mucosa del útero, en dirección siempre del *locus minoris resisten-
tia* empujando por delante de sí en forma de capa delgada, á las laminillas musculares

que le rodean.

Allegado el fibroma a las superficies externa o interna del útero las capas musculares que le cubren y que cada vez se van haciendo mas delgadas, se entreabren o se produce el desgaste de las mismas, con lo cual, retrayéndose dicha capa muscular por detrás del fibroma, es enjuzgado este hacia alguna de las cavidades abdominal o uterina, resultando de este modo los fibromas subserosos o submucosos segun su evolucion se halla hecho hacia su presentacion por debajo del peritoneo que recubre el organo uterino o por debajo de la mucosa que tapiza la cavidad del mismo organo.

Este crecimiento se hace lentamente

porque la proliferación celular es casi siempre moderada como ocurre en general en todos los tumores hemicoroidales pudiendo alcanzar volúmenes considerables. A medida que se produce la compresión en las partes periféricas del útero ó en los órganos vecinos, la circulación se hace más difícil, causando la enferma síntomas alarmantes que nos obligan a intervenir, estableciendo adherencias con dichos órganos; como en la Observación 6^a del Dr. Heymond en donde podemos observar fuertes adherencias con el recto comprobadas en la autopsia.

El papel de la circulación en la evolución de los fibromas, es tan decisiva, que se cuentan numerosas observaciones de regresión de los fibromas por la ligadura de las arterias

uterinas, de aqui que se halla procomizado dicha ligadura para su tratamiento, pero la accion de la ligadura ya ceso debe ser muy transitoria por establecerse la circulacion por las anastomosis de los demas vasos uterinos.

Por la menopausia ya sea natural como ocurre en nuestra Observacion 1^a ó consecutiva a la doble ovariectomia, se produce la atresia vascular del aparato genital que se manifiesta por la desaparicion de la regla y más tarde por la atrofia general de los organos femeninos.


Pero tanto la ligadura de las arterias uterinas como la menopausia si bien es verdad que habitualmente producen los efectos anteriormente enunciados, no son raros los

casos donde despues de la menopausia es cuando han adquirido los fibromiomas mayor desarrollo, haciendo necesaria la intervencion.

Sin necesidad de intervencion y sin que se haya presentado la menopausia hay muchos fibromiomas que permanecen estacionarios y nos sorprende al verificar la autopsia, siendo debido a que la neofornacion del fibroma no se reproduce y por otra parte la tendencia obliterante del endotelio que llega a obstruir gran numero de vasos importantes, hacen que la irrigacion sea deficiente no pudiendose verificar la proliferacion celular quedándose por tanto el tumor estacionario.

En resumen, la suspension de los

fenómenos inflamatorios y la disminución de la circulación de causa extra o intra uterina, son los dos factores que pueden activar suspendiendo la evolución de los fibromas.

Por el crecimiento exagerado de los fibromas puede producirse la compresión visceral y en particular de los vete-

res la cual debe tomarse como una poderosa indicación operatoria. En efecto un gran número de casos de síncope post-operatoria que se han atribuido a la histerectomía no fueron sino lesiones renales desconocidas que se agravaron subitamente; así como se han visto desaparecer accidentes de pielitis supuradas como ha observado Cabot después de

haber practicado la ablacion de un fibroma que comprimia los venteros.

La compresion del recto, como ocurre en nuestra Observacion 9^a trae como consecuencia la retencion de las materias excrementicias y reabsorcion de éstas por el estreñimiento pertinaz, teniendo grandísima importancia vital como hace resaltar Barnes porque verdaderamente producen una toxemia.

Los tumores miomatosos uterinos como todos los tumores abdominales, aumentan la presión vascular ejerciendo una acción directa sobre el músculo cardíaco, por lo cual, en las enfermas afectas de fibromiomas debemos auscultar con frecuencia el

corazón donde si encontramos debilidad en los latidos cardiacos y caracter sordo en los ruidos con sofocación y debilidad general como ocurre en nuestra Observación 19 nos daría motivo para tener una degeneración grave del miocardio, de donde creo con Possi que surge una nueva indicación operatoria.

La compresión del paquete vascular, produce una estancación venosa, que puede ser la causa de edemas de los miembros abdominales, como ocurre en nuestra Observación 6^a.

Aparte de la evolución que fundiéramos llamar normal de los fibromiomas uterinos pueden presentarse otras evoluciones que nosotros clasificaremos siguiendo a Claise

en tres grandes grupos, en los cuales comprendemos en el primero, las transformaciones arépticas, en el segundo grupo las transformaciones septicas y en el tercero, las transformaciones malignas.



Transformaciones Asépticas.

Calcificación. A consecuencia de la atrofia pronunciada de los fibrinomas y del depósito de fosfatos y carbonatos cálcicos, se forman verdaderos calculos uterinos; ¿el como se verifica esto? es tan obscuro de explicar como las condiciones genéticas que presiden a la calcificación fisiológica del hueso y del cartilago; si bien es verdad, que las sales calcáreas circulan por la sangre disueltas a beneficio

del ácido carbónico no podemos admitir sea simplemente mera infiltración, tiene que existir una acción especial del tejido fibroso matoso que es asiento de la petrificación.

Cohnheim cree, que las sales calcáreas circulan combinadas a los albuminosos y que de esta manera llegan a los tejidos y si dichos albuminosos por cualquier causa llegan a transformarse o a faltar, las sales calcáreas se precipitan.

Sarcema cree, que es debido a la superabundancia de las sales calcáreas en la sangre las cuales no pudiendo ser eliminadas por el riñón, se infiltran difusamente en los tejidos.

Viten partiendo del supuesto de

que la infiltracion calcarea ataca de ordinario las celulas muertas, supone que en estas la materia albuminosa se descompone, originando un principio proteico que tiene particular afinidad por las sales.

Dejando estas hipotesis como otras muchas que pudiéramos enumerar y que todas se fundan como dice mi querido maestro el Dr. Cajal, en la existencia de una sustancia cuya individualidad quimica no se ha demostrado. Es cierto es que desde los tiempos de Hipocrates, Galeno y Paracelso segun la recopilacion bibliografica de Everett, eran conocidos los calculos uterinos, citando Pilewylle el caso de un mismo calcificado que se habia desprendido por completo del utero. Asi como

Amussat (padre) encontró una piedra en la pared interna de una anciana que falleció en la Salpêtrière, cuya piedra tenía veinte centímetros, de perímetro en unos lados y cuarenta en otros, la superficie era un poco verrugosa, y en algunos puntos lisa y pulida. El cálculo era muy quebradizo y sus superficies de fractura presentaban una estructura laminar. Después de calcificado en ácido nítrico y clorhídrico diluidos, quedó a la vista una sustancia elástica y fibrosa que se dejaba dividir en cortes muy delgados. A pesar de su edad el microscopio todavía descubría en el tumor, tejido muscular con todos sus caracteres

(1). Véase la Observación 5^a de la Clínica

(1) Véase Enciclopedia de Patología. Como 1^o página 457.

ca del Dr Carter y la Observación 6^a de la Clínica del Dr. Chacón.

Atrofia. Cuando la nutrición del tumor disminuye a consecuencia de la involución fisiológica del aparato genital, como ocurre en la época de la menogranisia (veanse nuestras observaciones 1^a y 25 donde vemos desaparecer fibro-miomas intersticiales del útero en la observación 1^a de la Clínica del Dr. Chacón y voluminosos fibromiomas, subserosos del tamaño de la cabeza de un feto en la observación 25) o en el puerperio o en la contracción como ocurre en nuestra observación 27, las células musculares se reducen de tamaño y de número destruyéndose por degeneración grasienta, enton

ces adquiriendo predominio el tejido conjuntivo, el tumor se reduce, disminuyendo considerablemente de volumen y desapareciendo por absorcion de sus elementos como probablemente a ocurrido en nuestras observaciones.

Transformacion grasienta.

Es frecuente en los tumores submucosos intersticiales las partes atacadas de adipsia tienen un color blanquecino o amarillento y la consistencia es blanda.

Dicha transformacion grasienta de la célula muscular se manifiesta primeramente segun Veit en las partes adyacentes a los polos del núcleo, mas tarde, puede suceder, que toda la célula aparezca como llena de esferitas de grasa.

La metamorfosi grasienta, ^{no} recae solamente en la fibra muscular, pues Virchow la encontro en el tejido conjuntivo. Las partes grasientas se reabsorven resultando de aqui una disminucion del tumor que puede llegar hasta su completa desaparicion.

La causa principal de la degeneracion grasienta de los fibro-miomas uterinos, es el embarazo, por que bajo la influencia del puerperio el neoplasma experimenta el mismo movimiento regresivo que el tejido propio del utero, eso es lo que, a nuestro juicio ocurrio en nuestra observacion decima tercera, donde despues del parto nuestra enferma confiesa disminuyo considerablemente el tumor si bien al año ensesó con la evolucion

rápida haciendo necesaria practicar una histerectomía, con la cual pudimos comprobar por el examen histológico del tumor, que existía una degeneración grasienta en algunos puntos centrales del mismo.

Degeneración edematosa.

Para darnos debida cuenta de esta degeneración, es necesario que hagamos una brevísimas reseña de la estructura de los fibromiomas uterinos. Recordaremos que se encuentran bandas conjuntivas y musculares a la vez; delgadas y disociadas por la penetración entre las fibras del tejido, que constituye la mayor parte de la masa; aquellas están formadas de fibrillas delgadas, onduladas entre lasadas las unas con las otras, dejando entre

ellas espacios de dimensiones variables y con
teniendo un pequeño número células nuclea-
das, redondeadas, triangulares y estrelladas;
contienen vasos de pared delgada poco abun-
dantes los unos muy dilatados los otros de
dimensiones pequeñas, apareciendo algunas ve-
ces una corona de células proliferantes.

Ahora bien, si ciertos fibro-miomas
son duros y compactos otros son blandos for-
mados de un tejido de aspecto areolar y ma-
llas llenas de una sustancia semifluida y
gelatiniforme.

Este estado caracterizado principal-
mente por la infiltración de serosidad y la
disociación de haces, este estado edematoso co-
rresponde a trastornos circulatorios. Fochier

y Trujier miran las porciones gelatiniformes como centro de evolución y progresión y no de reblandecimiento y de degeneración. Paviot y Berard invocan para explicar este edema éxtasis parciales por rasgaduras de las venas en los tumores, rasgaduras debidas a las neformaciones excesivas. Claisse admite esta compresión del tumor sobre sus elementos mismos pero no cree que haga falta ver en este estado un signo de proliferación, de neformación mas activa. Las células nucleadas son poco abundantes las coronas proliferantes perivasculares raras, este tejido da mas bien una impresión de degeneración celular y atribuye una influencia mas considerable a las obliteraciones vasculares.

Jiliet insiste sobre este hecho para explicar la formación de cisto-sarcoma, la proliferación celular sarcomatosa invade la luz del canal así como también el tejido periférico; nosotros creemos que esta lesión del edema es consecutivo a toda flebitis.

En ciertos casos el tejido conjuntivo contiene un gran número de células redondeadas en proliferación activa y el líquido que proviene de la inmune es el origen de los micro-mismas. Las fibras musculares se atrofian, las hace conjuntivas se disocian, se necrobiszan, se reabsorben y se forman pequeñas lagunas intersticiales. Los tumores con multitud de areolas vienen a ser francamente fluctuante.

centrales del tumor son las primeras afectas, siendo debido a que la nutrición del mismo se verifica de un modo centrifugo de aqui que las partes centrales son las que primero se alteran, el tejido se pone marchito y blando aca bando por el color pardusco o verdoso como consecuencia de la destruccion de los hematies y difusión de la hematina.

Degeneracion amiloidea.

Consiste en el depósito en torno de los vasos sanguineos de una materia albuminosa, homogenea y transparente, que tiene la propiedad de teñirse en rojo caoba por el iodo.

Lo que de ordinario parece presidir al proceso que estudiamos, es la insuficiencia nutritiva de las células. Hace tiempo se

Estas areolas van ensanchándose hasta formar cavidades del volumen de un puño, con paredes irregulares y anfractuosas por lo que Dupuytren las comparó a las del corazón.

Al lado de estas formas las mas comunes, existen otras en la cual la cavidad está formada por los vasos linfáticos dilatados formando los fibro-miomas linfangiectásico descritos por Leopold.

Cuando las anteriores modificaciones recaen en los vasos sanguíneos se forman los fibro-miomas telangiectásico o cavernosos.

Necrobiosis. Los tumores que con mayor frecuencia sufren la necrobiosis, son los fibro-miomas voluminosos cuando la nutrición se suspende bruscamente, las partes

admitía que la substancia amilacea provenía de la sangre, acumulándose en los territorios perivasculares, con el cual el proceso quedaba reducido a mera infiltración; hoy se cree, que la elaboración de las substancias amilaceas se forman por algún principio albuminoides exudado de la sangre y de este modo se podría justificar la tenaz localización del proceso en torno de los vasos.

Liegler cree, que la transformación de la albúmina exudada en materia amilacea, se debe a la debilidad fisiológica de la célula. Klebs cree que sale de la sangre un producto coloidal muy próximo a la materia amilacosa, y que en presencia de los tejidos, se transformaría paulatinamente en esta.

Krawcow ha producido por inocu-
laciones repetidas de cultivo de staphilococcus
pyogenes aureus depósitos amiláceos en el ba-
zo, hígado, riñones e intestinos de conejos y
no deja de ser interesante que casi todas las
fleumanas infecciosas crónicas vayan acom-
pañadas de depósitos amiloides; incluso la
sífilis demostrado recientemente por Hanse-
man. Véase nuestra observación 4^a donde
quizas se hallan formados los depósitos a-
miloides por la ~~infiltración~~ inflamación crónica del po-
lipo fibrinoso que padecía.

Transformaciones sépticas.

Los fibro-miomas, además de la marcha anteriormente descrita, pueden sufrir infecciones, las cuales si bien no son muy frecuentes, tienen una importancia capital por la gravedad que en sí encierran.

Multitud de causas pueden actuar sobre esta evolución anormal de los fibro-miomas, las cuales podemos dividir en predisponentes y determinantes, entendiéndose por las

primeras, aquel conjunto de hechos que sin que por si, puedan dar origen al desarrollo del proceso contribuyen al desarrollo del mismo.

Causas predisponentes.

Embarazo. Contrario a la opinion del doctor Mennere que no cree que la mayor frecuencia de la supuracion de los fibromiomas depende del periodo ~~gravidico~~ ^{gravidico} nosotros creemos que la causa predisponente mas importante es la gestacion, con todas sus complicaciones. Porque en el periodo gravidico, se produce de una parte las modificaciones de estructura, al nivel del fibromioma que facilita

su inflamación; y de otra parte el fibromioma complicando la gestación o bien produce el aborto, o bien necesita en el momento de la expulsión del feto, intervención mas compleja, tales son por ejemplo la version, el forceps etc, que son otros tantos medios que de no llevarse escrupulosamente asepticos todos los objetos que han de tocar a la enferma, podriamos llevar la infeccion a la cavidad uterina.

Otras degeneraciones de los fibromas. Tal ocurre como por ejemplo la degeneración edematosa y la degeneración calcárea en donde con frecuencia se ve, que se presenta la sangracion (observacion 5ª) lo mismo ocurre cuando se les asocia el cancer o el sarcoma uterina.

Los cambios de nutrición de los fibromas. Sobre todo la isquemia. Los fibromiomas submucosos, vienen a ser polípos intracavitarios y por alargamiento del pedículo y torsión de este, produce una falta de nutrición pudiendo ser expulsado espontáneamente el tumor (como probablemente ha ocurrido en nuestra observación 2^a de la Clínica del Dr. Isla donde podemos ver un caso de verdadero parto fibroso) o determinar la necrosis, predisponiendo a la supuración; si bien para esto hace falta la penetración de agente microbiano, puesto que existen fibromiomas intracavitarios afectos de necrosis y permanecen asepticos en la cavidad uterina, comenzando la supuración cuando por la permea-

bilidad del cuello uterino ha dado paso á algun agente infeccioso.

Por otra parte los fibromiomas subperitoneales aunque exista la torsion de su pediculo, no supuran hasta que no se les une algun agente infeccioso.

Traumatismos. Los traumatismos de la region abdominal, suelen determinar supuracion de los fibromiomas uterinos. ¿ Como se explica entonces la supuracion? Vermeil lo hace, por su teoria de la auto-inoculacion; segun ella, el microorganismo circulante en la sangre, se localiza por virtud de un traumatismo cualquiera, la contusion hace que existan roturas de vasos y por consiguiente derrame de sangre

y formación de exudado y si la sangre contiene micro-organismos o sus gérmenes, encontrando condiciones abonadas para que el germen viva y se reproduzca, se determina la supuración.

Otras veces, aparecen supuraciones sin traumatismo alguno que lo explique; sucediendo esto en las enfermedades infecciosas como la gripe, tifoidea, viruela etc. explicándose también, por la auto-inoculación; porque como la sangre está alterada se producen hemorragias intersticiales, tromboris, envasos más o menos pequeños de donde desprendiéndose partículas sépticas corren por los vasos y pueden detenerse en los fibromiomas uterinos.

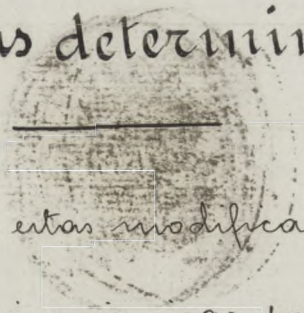
Las intervenciones quirúrgicas donde la asepsia o la antisepsia no han sido todo lo rigurosas que debieran ser, lo mismo que el tacto vaginal o intra-uterino, así como las punciones de los fibromiomas ~~mas~~ quísticos como ocurrió a Pean (vease la observación 14) pueden producir supuración.

Las inyecciones de sustancias modificadoras tambien pueden producir supuración como por ejemplo en el caso de la inyección de ergotina de Gerard. Vease la observación 15^a. La electricidad usada a la vez como agente traumático por electrolisis o como modificador químico, pueden predisponer a la supura-

cion de los fibromas. Véanse las observaciones 16 y 17.

Las adherencias de los fibromas a un órgano vecino sufriendo como por ejemplo a una trompa o al recto también puede determinar la sinovaciou. Véase la observacion 18.

Causas determinantes.



Todas estas modificaciones hístológicas, mecánicas o químicas predisponen a los fibromas a la inflamacion; y si en aquel momento los microgermenes progeros, asientan en el tumor; la sinovaciou se producirá; por que si bien es verdad que

ha habido autores que han creído que la supuración podía ser producida sin necesidad de microgérmenes lo cierto es que examinando los hechos experimentales nosotros no podemos admitir la supuración sin microgermen productor de ella, así ha objetado Strauss que si bien en algunas experiencias ciertas sustancias químicas habían dado lugar a fúis era debido a falta de asepsia fundándose en que en dichos abscesos había microorganismos.

2 De donde provienen estos agentes infecciosos? Primero = De varios sitios; de una infección general en el transcurso de una enfermedad infecciosa grave de una septicemia que tiene el punto de partida ex-

tra-uterino, es posible que se produzca su-
perposición de los fibromiomas.

Segundo = De una causa local trau-
mática o aseptica ya sea extra-uterina,
(fusión de los tumores superpuestos adhe-
rencias y rotura de un órgano vecino su-
perpuesto o séptico).

Las infecciones uterinas son las cau-
sas más frecuentes; pero esta infección ute-
rina proviene de la cavidad de la matriz
o persiste en los fibromiomas. Chaisse con-
sidera el origen inflamatorio de los fibro-
miomas; esta transformación purulenta
no sería más que la terminación última
del desarrollo de los fibromiomas de la cual
una ~~infla~~ inflamación perivasculare es el esta-

do inicial. He aquí lo que dice Claisse en la página 26 de su Tesis. "Que bajo cualquier influencia traumática, crecimiento rápido del tumor, gestación e isquemia el tumor neoformado es menos resistente que el tercano viene a ser más favorable el desarrollo de los gemenes se hará más libremente, la virulencia se exaltará y la supuración se formará.

En este caso el tumor llevará en sí mismo la causa de esta supuración y verdaderamente en estas condiciones el agente patógeno es el que produce la inflamación perivas-
cular origen del tumor. He aquí la evolución que sigue: 1.º Infección subaguda de los vasos uterinos. 2.º Perivasculitis proliferan-

te en devredor del fibromioma. 3°. Exaltacion de virulencia de los gérmenes en un terreno poco resistente y 4°. supuración.

Sobre un intero esclerosisado y fibromatoso la infección parte de la mucosa uterina despues esta infección se propaga a los fibromas ya por los vasos sanguíneos ó bien por los vasos linfáticos, tal es para nosotros la causa determinante la mas frecuente la supuración de los tumores fibromatosos.

¿ Cuales son los agentes patógenos de esta supuración?

Las dos grandes causas de infección de la mucosa uterina son el streptococcus en la infección puerperal y el gonococo en casi todas las metritis no puerperales y

es probable que estos agentes patógenos sean la causa de la infirmitad fibromatosa.

Se han encontrados en dos casos el bacterium coli en el cual desde la región anal se ha remontado a las vías genitales. Véase la observación 24 acaecida en una mujer virgen de 37 años.

Estos microorganismos están solos y poco abundantes sobre la mucosa uterina; solos y muy abundantes en el pus de la cápsula de los fibromas.

Estos microbios no son raros en la vagina y pueden ser patógenos sobre un íntero afecto de metritis gonococica o puerperal.

Transformaciones. malignas.

Son dos las transformaciones que en este punto describiremos la sarcomatosa y la cancerosa.

Degeneración sarcomatosa.

Lilliet y Cortes han observado una gran proporción de dichas degeneraciones (9 casos en 14) pero creemos que esto ha sido pura casualidad.

El examen detenido de esta evolución

nos demuestra que la transformación celular se hace al nivel de los vasos sanguíneos y linfáticos. Las células endoteliales de estos canales se alteran; la lesión progresa ensiguiera siguiendo los puntos de nacimiento, se infiltran à través de los haces conjuntivos y musculares y los envuelve.

Laviot y Berard ven en el sarcoma en particular al nivel del útero un simple estado evolutivo del tejido muscular y le nombraron cancer muscular y separaron estos tumores sarcomatosos de los tumores mixomatosos uterinos.

Confronto como un tumor mixomatoso es invadido por la degeneración sarcomatosa empieza el tumor à crecer de

un modo excesivo y va perdiendo su estructura fibrosa, apareciendo al corte un aspecto homogéneo y medular. El sarcoma se propaga por los tejidos sanos infectando las partes inmediatas. Según la definición de Singer todos los miomas que contienen células gigantes y miochastos deben ser considerados como en degeneración sarcomatosa.

Si en edad avanzada o bien en el comienzo de la menopausia reaparecen de nuevo las hemorragias, este dato hablaría en favor de la existencia de la degeneración sarcomatosa del fibromioma. Porque sabido es que en esta época de la vida genital de la mujer suele casi siempre detenerse la evolución de los fibro-miomas como vemos en

nuestras observaciones 1ª y 2ª y bien sobreviene una degeneración que conduce a una notable disminución del mismo, solo en casos muy raros se observan en esta época que el crecimiento continúa mientras que este hecho es muy frecuente en los sarcomas de la pared del útero.

Un desarrollo considerable de un mioma sobreviniendo la menofraxis debe atribuirse con raras excepciones como por ejemplo en un caso de miomas telangiectásicos a una degeneración sarcomatosa del tumor; esto no quiere decir que el sarcoma miomateo siempre un rápido crecimiento pues con bastante frecuencia esta circunstancia falta en su historia.

Un sintoma que jamás se presenta en los fibro-miomas y que en cambio en los sarcomas de la pared lo hace frecuentemente y à veces con mucha frecuencia es una caquexia que se desarrolla rapidamente, caquexia que hay que diferenciar de la anemia de los fibromiomas. Ademas antes de que se aprecie la caquexia sobreviene à veces en la degeneracion sarcomatosa de los fibromas algunos sintomas de la mas alta importancia an aunque el tumor no presente un rapido crecimiento produce alguna vez sintomas que antes no existian ó existian solo en pequeña escala, languidez general, laxitud, cefalalgia, malestar, insomnios dolores en el vientre que puede alcanzar bastante intensidad sintomas que,

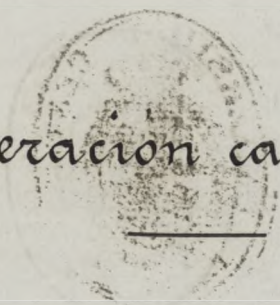
sin embargo pueden presentarse accidentalmente en algunos casos raros en los cuales ciertos miomas intersticiales han sufrido repentinamente y por motivo aun completamente desconocidos, algunas alteraciones mutativas profundas.

Acerca de la frecuencia de la degeneracion sarcomatosa. A Munitin ha encontrado en 205 operaciones hechas por miomas en el examen microscopico de todos los tumores extirpados seis casos de sarcoma, von Franqué ha encontrado entre los casos de miomas de la clinica de Würzburg una proporcion de 3,1 por $\%$ de degeneraciones sarcomatosa, esta cifra desde luego no es la verdadera por que no se refiere mas que a los casos operados y hay muchos casos de miomas que

no se operan.

De todos modos aunque la cifra que indique el número de degeneraciones sarcomatosas en los miomas sea poca esa razón mucho menor se debe tener en cuenta la posibilidad de que tales degeneraciones ocurran poca consiguiente ningún mioma aunque no ocasiona hemorragia considerable y no cause trastornos de importancia nunca debe ser mirado como un tumor benigno completamente. Gessner poca esto opina que toda enferma de miomas debe ser sometida a una observación médica durante mucho tiempo poca ejemplo hacer cada varios meses un reconocimiento detenido y si esto fuera impracticable o no querer la enferma some-

terse à esta incomodidad no se la debe despedir diciendola que se trata de un tumor benigno sino que se le debe aconsejar que fije su atencion en todos aquellos sintomas que pueden despertar en nosotros la sospecha de que ocurre una degeneracion sarcomatosa para que asi acuda à su debido tiempo al mèdico y se intervenga convenientemente.



Degeneracion cancerosa.

Los puntos absolutamente distintos debemos establecer en esta cuestion.

1.º La coexistencia de fibro-miomas y de cancer de la mucosa.

2º. Infiltración epiteliomatosa de un fibro-miomas.

El primer punto es bien conocido y nada de particular tiene que siendo estas dos afecciones sumamente comunes coexistan en una misma forma.

De las estadísticas de Schræder, Martin se deduce que la totalidad de las mujeres que consultan afecciones ginecológicas por término medio el 3% padecen de cancer y el 3 1/2 ó 4 por 100 de fibro-miomas.

Sin duda alguna el estado inflamatorio de la mucosa uterina invocada por Simpson, Schræder, Verstraete, Ferroni etc predispone a una degeneración carcinomatosa del útero y las cifras anteriormente indicadas son

la exacta expresión de la verdad.

Siendo una de las causas predisponentes la formación de los fibro-miomas y en general de los demás tumores y por tanto del cáncer del útero la irritación constante y necesaria del aparato genital nada de particular tiene que hagan su presentación en un mismo útero estas dos afecciones fibromas y carcinomas además cabe suponer que la irritación ocasionada por el tumor miomatoso influya en los elementos epiteliales del útero, en el sentido de provocar el desarrollo del cáncer sin embargo Williams niega semejante influencia fundiéndose en el hecho de que solo encontró el cáncer en un 9 por 100 de todos los casos de útero miomatoso.

Yo creo que la endometritis crónica es la causa de la irritación que predispone al útero a la formación de fibromas y éste a su vez como eslabones de una cadena trae como consecuencia la formación del cancer en elementos sumamente debilitados así Kuge y Teit llaman la atención como resultado de mis investigaciones anatómicas sobre el hecho de que se pueden desarrollar carcinomas glandulares sobre la base de erosiones existentes en la cara externa de la porción vaginal del cuello y hacen también observar que las lesiones que encontramos al estudiar los cancers del cuerpo y del cuello, revelan en muchos casos que la proliferación epitelial atípica va precedida de procesos inflamatorios crónicos de

la mucosa uterina estos hechos tambien los han observado Williams, Hofmeier, Leopold y otros.

2.º Infiltracion epiteliomatosa en un fibro-mioma.

Los miocarcinomas se desarrollan bien porque la superficie mucosa de un polipo en degeneracion carcinomatosa emite prolongaciones y la profundidad del tumor se mezcla con el tejido miomatoso o porque a expensas de las partes glandulares de un adenoma infiltrado se desarrolla un adenoma carcinoma que invade la substancia muscular.

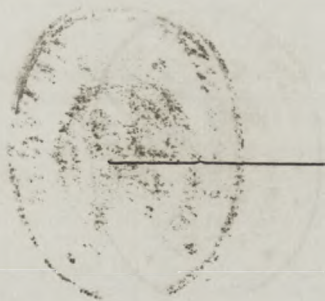
¿ El epitelio de la mucosa puede propagarse a los fibro-miomas intersticiales? El hecho es posible si bien Cruveilhier

lo niega en absoluto el cancer puede invadir la totalidad del utero e infiltran los tumores miomatosos no obstante la presencia de la capsula de los fibromas que es una verdadera barrera, pero dada la pequeña relacion vascular entre el fibro-mioma y la matriz nos hace pensar que la mayoria de los tumores miomatosos que han sufrido degeneracion carcinomatosa ha empezado su evolucion en el tejido epitelial.

Es dificil de explicar una degeneracion epiteliomatosa en un tumor de origen perivascular, de naturaleza esencialmente conjuntivo-muscular no podemos concebir la pretendida degeneracion carcinomatosa de los fibro-miomas, sin que exista un cancer

uterino que cubra toda una pared uterina y pueda invadir un fibroma à pesar de que su capsula constituye una barrera resistente à esta propagacion, pero esto es un hecho rarissimo.

Los tumores uterinos que por su constitucion pueden sufrir una degeneracion carcinomatosa son los adeno-miomas.



Observaciones.

Observación 1ª

Fibro-miomas intersticiales del útero.

Cama n.º 7. Clínica de Ginecología

17 Abril de 1895.

Otrosis.

M. S. de cuarenta y siete años natural de San Sebastián soltera.

Carece de antecedentes relacionados con la enfermedad actual.

La primera menstruación la tuvo a los trece años presentándosele siempre con regularidad.

Enfermedad actual. Comenzó hace cuatro meses sin causa a que atribuido por sentir sensación de peso y dolores en el hipogastrio coincidiendo esto con la metrorragia.

La persistencia de los dolores así como la inapetencia y malestar consiguiente la decidieron a ingresar en la Clínica.

Estado actual. Enferma de bue-

na constitucion que padece de sensacion de peso en el hipogastrio acompañado de dolores sordos que se irradian a la region lumbac. Por inspeccion se nota en la region hipogastrica ligero abultamiento. El tacto vaginal combinado con la exploracion bimanual permite apreciar que dicho abultamiento corresponde al utero en el cual se encuentran pequeños tumores. Los fondos de saco vaginales se encuentran desocupados. Introduciendo el especulum se ve un enrojecimiento en el cuello uterino y que el orificio de salida a pus sanguinolento. Practicando la histerometria se encuentra dilatada la cavidad uterina.

Tratamiento. Se le practico el

legado uterino caracterizando la superficie cuenta con ovasota alcohol y glicerina a partes iguales.

Al hacer el raspado salieron pequeñas nodulos fibrosos duros que sirvieron como comprobante del diagnostico que se habia hecho.

El año 1900 he vuelto a ver a la enferma la cual se encuentra perfectamente bien, habiendo desaparecido los fibromas intersticiales, sin duda alguna a consecuencia de la menopausia siendo un verdadero ejemplo de terminacion de fibroma por atrofia.

Observación 2ª

Expulsión espontánea de un fibro-mioma submucoso que pesó **375** gramos.

Hospital General = Sala 5ª = Clínica del Dr. Isla.

M. C. de treinta años casada natural de Albacete. Ingresó en el hospital en 8 de Enero de 1899.

Comenzó a menstruar a los doce años. Hace ocho meses sufrió una caída hacia delante presentándose a consecuencia de ella, dolores difusos por el pecho y vientre cuyos dolores han sido rebeldes a todo tratamiento.

Al mes siguiente de la caída se le presentó la menstruación en los días que debía aparecer pero fue muy dolorosa y fluida en

Los primeros días después más consistente sa-
liendo como cuajado el líquido sanguinoso y
acompañada de mareas. Esta dismenorrea ha
continuado desde entonces sin interrupción, aun-
que no con igual intensidad pues sufría agudisa-
ciones el dolor, coincidiendo estas con la expul-
sion de cuajaciones de sangre que eran tanto
mayores cuanto mayor habia sido el dolor,
llegando en ocasiones a tener unos cuajaciones
el tamaño de una castaña grande.

Estado actual. Por inspección
del abdomen apreciamos ligera elevación en
el lado derecho y región iliaca correspon-
diente, la palpación nos da una sensación
más bien de aumento de consistencia que
verdadera tumefacción; pero como las pa-

redes abdominales de esta enferma estaban sumamente tersas no dándonos gran importancia al dato suministrado por este medio exploratorio.

La percusión nos demostró que el útero estaba aumentando de volumen y que este aumento se hacía más notorio en el lado derecho y fondo de la matriz.

Por el lado vaginal notamos en el fondo de saco derecho una tumoración anormal que no limitábamos bien con el simple tacto, pero que combiando esta con la palpación abdominal pudimos apreciar mejor sus caracteres; dada la sensación de un tumor de la forma y tamaño de un huevo de gallina.

El útero estaba algo en anteflexión

por el tacto retal combinado con la palpación abdominal pudimos justificar los caracteres de la tumoración descrita; pero aparte de su dureza que era bastante grande y de su aparente forma y tamaño nos dimos cuenta de su movilidad. La histocinetría nos dió el importante dato de estar disminuida la cavidad uterina.

Como la enferma se encontraba debilitada por las metrorragias interinas anteriores para lo cual tomó dosis repetidas de ergotina se le puso un plan tónico y reconstituyente para ir reparando algo las fuerzas perdidas, antes de intentar ninguna intervención pero durante este tiempo la enferma sintió dolores parecidos a los del frac-

to y expulsó espontáneamente un tumor que pesó trescientos sesenta y cinco gramos y que analizado resultó que conforme el diagnóstico que habíamos hecho era un fibromioma.

Observación 3ª

Fibromiomas uterinos desde el nacimiento de la enferma.

Clínica del Dr. Isla

J. B. de treinta y cuatro años casada natural de Cáceres, ingresó el 16 de Mayo de 1899.

No tuvo hijos y menstruaba defi-

cientemente. Fueron estirados varios tumores con adherencias a los órganos vecinos los padecía desde su nacimiento, a los siete años de edad de la enferma desaparecieron probablemente por compresión y en la pubertad se volvieron a presentar continuando su crecimiento ocasionando por compresión dolores y los demás síntomas propios de los fibro-miomas.

Observación 4^a

Fibro-miomas con degeneración amiloidea.

Clinica del Dr. Chacón

A. M. de 54 años casada natural de Santa María de Trujillo (Cáceres) ingresó

el 25 de Abril de 1900.

Y Regló por primera vez a los 16 años continuando bien reglada hasta los 40 que empezó con el padecimiento actual. Y ha tenido tres partos sin accidente alguno.

Carece de antecedentes hereditarios patológicos pues aunque dice que su madre tuvo un tumor en los genitales minuciosamente interrogada resultó ser una inflamación de la glándula de Bartolini.

Es una enfermedad de estomago con hematemesis y gasticalgias.

Y hace cuatro años se le presentó una abundante leucorrea y sensación de dolorimiento y peso en la región uterina encontrando alivio con irrigaciones calientes de di-

solución acuosa de ácido bórico.

Pero hace tres años se apercibió al efectuar la copula de una sensación de desconforto de algo que la paciente creía fuese la matriz consultando con un médico la dijo que tenía un tumor y la propuso una intervención quirúrgica.

Estado actual. Por inspección nada anormal se observa en la vulva mas introduciendo el índice en la vagina se tro-
piza a unos cuatro centímetros con una masa neoplásica del tamaño de una naranja de las llamadas mandarinas; tactando el tumor se observa que es globuloso irregular y ofrece al examen eminencias nodulares de idéntica consistencia que el resto del tu-

mor llevando el dedo mas arriba para comprobar el punto de implantacion se observa que todo el labio anterior del cuello uterino se halla normal pero el labio posterior en su mitad derecha vive de punto de implantacion al pediculo el cual no es muy grueso.

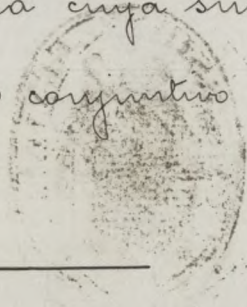
Esta inspeccion digital hecha sin violencia alguna por nuestra parte ocasiona molestias a la enferma y el dedo explorador sale manchado de sangre, aplicando mas valvas pudrimos ver que este polipo tiene un color rojo oscuro con algunos puntitos amarillentos como de tejidos mortificados.

Se practicó la extirpacion del tumor habiendo permanecido la enferma en la Clinica hasta que se comprobó la per-

fecta retractilidad del pedículo.

La sección del tumor nos mostraba algunos bloques mas o menos irregulares en derredor del vaso los cuales teniendo los por el lado tomaban un color rojo caoba.

El analisis micrografico demostró que se trataba de un fibro-mioma con degeneracion amiloides cuya sustancia se encontraba en el tejido conjuntivo que rodeaba a los vasos.



Observación 5ª

Fibroma supurado y calcificado.

Clinica del Dr. Carter, in *Transact. of the obst.*

Soc., 7 jun 1871 p. 167.

Soltera de 69 años a los cuarenta se sintió un tumor supuesto del ovario que no la molestaba.

Murió de bronquitis en Octubre del año 1870.

Autopsia. La pelvis menor está llena de una masa redondeada; sobre la parte anterior existe un orificio ancho al través del cual salía el fús cuando se oprimía el tumor.

Examinado el tumor encontró la matriz perfectamente normal en volumen el cuello alargado y en la cavidad dos pequeños fibromas de los cuales uno estaba calcificado.

Observación 6ª

Fibro-miomas con degeneración calcarea.

Clinica del Dr. Charón

D. M. natural de Burgos de edad de cuarenta y cuatro años estado soltera, ingresó en la clinica el primero de Enero de 1898.

Enferma bien reglada desde los 12 años hasta hace ocho que empezó con la enfermedad actual.

En cuyo tiempo empezó a notar molestias en el bajo vientre con dolores y desajuste en la menstruación el vientre se le empezó abultar y las metrorragias que al principio eran de tarde en tarde se hicieron frecuentes, siendo difícil la micción lo mismo que la de-

fecación con edema en los miembros abdominales todo esto lo fué sufriendo con paciencia la enferma por el rubor que la producía el dejarse reconocer, pero estando en un convento de dicada a la vida contemplativa, al ver el decaimiento de animo; la superiora del convento mandó que la reconociese el médico de dicho establecimiento el cual la propuso venirse a Madrid para que la practicasen una intervención quirúrgica.

Recomendada a mí por la hermana encargada del ropero, ingresó en la clínica en la fecha anteriormente dicha. Convenidos que lo que padecía la enferma a juzgar por la exploración Clínica que practicamos y que omito en honor a la brevedad eran vo-

luminosos fibro-miomas uterinos, se propusieron practicarla una histerectomía.

Previa la anestesia de la enferma y de la asepsia propia de estas operaciones se practicó la laparotomía e hizo el Dr. Chacón una histerectomía abdominal total procedimiento de Doyen.

El curso postoperatorio fue completamente aseptico levantando la cura y quitando los puntos de sutura al quinto día de operada, la temperatura no subió de treinta y ocho grados y ocho decimas.

El análisis histológico del tumor demostró que era un fibro-mioma con degeneración calcarea en algunos puntos.

El tumor pesó 6 kilos.

Observación 7ª

Fibro-miomas uterinos.

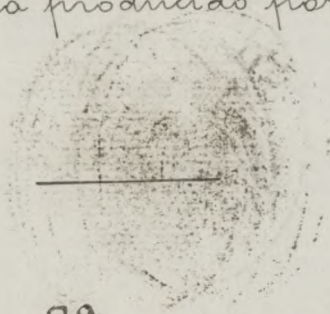
Clínica del D. Chacón.

S. B. de 26 años de edad natural de Madrid ingresó en la Clínica el 18 de Abril de 1898. Sus antecedentes hereditarios, soltera y de buena constitución hace tres años ingresó con los síntomas que le han conducido a esta Clínica. Al reconocerla nos encontramos con un tumor voluminoso que ocupaba la matriz y que se extiende por la línea media hasta dos traveses de dedos por debajo el ombligo. Por su crecimiento rápido y quizás por el volumen exagerado del tumor ocasionaba grandes molestias

á la enferma que consistian en palpitaciones del corazón y un verdadero asma nervioso este tímido y desarrollo de gases intestinales.

Fue operada la histerectomía abdominal total procedimiento Doyen.

Fue dada de alta por curación, habiendo desaparecido el asma nervioso que probablemente era producido por compresión del tumor.



Observacion 8ª

Polipo fibromatoso de la cavidad uterina.

Clinica del Dr. Chacón.

B. R. de cuarenta años natural

de Oriedo de estado casada reglada desde los 15 años multipara sin antecedentes hereditarios ni patológicos.

Ha tenido dos partos normales y desde hace un año se siente enferma de la matriz habiendo notado leucorrea al principio y mas tarde sensacion de peso en la pelvis metrorragias frecuentes y dolores como de cabiz uterino.

Reconocida se observo primero, color pálido de la piel y mucosas, ~~puñales~~ frecuentemente grandes perdidas de sangre, segundo matriz abultada de volumen como si estuviese en el tercer mes de gestacion, tercero por el tacto vaginal cuello dilatado delgado sus labios y coronando un cuerpo duro mayor que el tamaño de una naranja que simulaba la cabeza de un feto.

Observacion 9^a

Fibroma uterino comprimiendo el recto.

Clinica del Dr. Chacón

M. G. de 48 años natural de Larca (Badajoz), ingresó el 29 de Septiembre de 1893.

Casada bien reglada desde los 16 años sin antecedentes hereditarios y patológicos desde hace tres años viene sufriendo metroorragias y dolores en la region sana con estreñimiento pertinaz.

Por la palpacion se nota un tumor mas apreciable en la fosa iliaca izquierda. Por el tacto vaginal nos encontramos con el fondo de saco posterior ocupado por un tumor duro resistente y que comprime al recto.

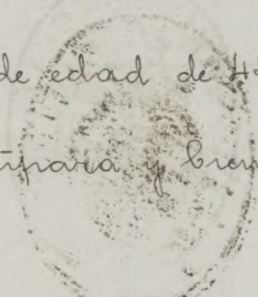
Fue operada con éxito el 7 de Octubre.

Observación 10.

Fibro-miomas uterinos.

Clínica del Dr. Chacón.

J. C. natural de Osa de Montiel
(Ciudad-Real) de edad de 42 años, de esta-
do casada, multiparica y bien reglada desde
los once años.



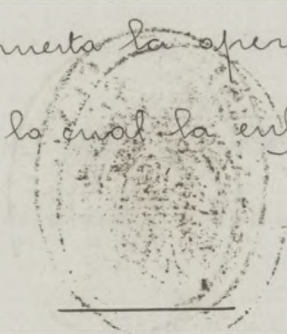
Refiere que hace un año empezó a
notar un tumor en la matriz.

Reconocida se observó una tumoración
dura y multi-lobulada que ocupa toda la
zona sub-umbilical derecha hasta la línea

media.

Con el especulum se vio que la matriz estaba en anteversion que el fondo de saco anterior estaba ocupado por un tumor duro y la cavidad uterina estaba vacía y que la altura de dicha cavidad era casi normal.

Propuesta la operacion no quiso aceptarla por lo cual la enferma se fué de la Clinica.



Observacion II.

Fibroma uterino

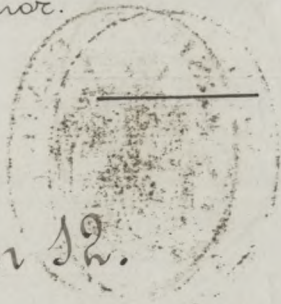
Clinica del Dr. Chacón.

Jr. O. de 36 años natural de Avila,

casada, ingresó en esta clínica el 12 de Enero de 1901.

✓ Bien reglada desde los 12 años, multipara (ha tenido seis partos) el último hace siete años.

Tumoreación dura multilobulada en la región supra-púbica con adherencia a los tejidos limitrofes a juzgar por la inmovilidad del tumor.



Observación 12.

Fibroma-retro-uterino comprimiendo la útrera.

Clínica del Dr. Chacón

S. M. natural de Calavera de la Reina (Toledo) de edad de 31 años, estado ca-

sada bien reglada desde los 13 años, pluviosa-
ta ingresó en la Clínica el 19 de Febrero de
1894. Sin antecedentes hereditarios ni pato-
lógicos, empezó la enfermedad en el año an-
terior, notando grandes dolores en la parte
posterior de la pelvis los cuales aumentan
al mover el vientre, la menstruación es muy
dolorosa.

Reconocida se observó que la ma-
triz en totalidad está dirigida arriba y a-
delante y el cuello comprimido contra el
fueris dificultando la incisión y en el fondo
de saco posterior se aprecia una tumefacción
grande como del tamaño de dos puños
dura e inmovil que comprime el intes-
tino recto produciéndole un estrechamiento

fertinas.

Observación 13.

Fibromas uterinos con degeneración grasienta.

Clinica del Dr. Chacón.

J. G. de 36 años, natural de Madrid, filicijata ingresó en esta clinica el dia 10 de Abril de 1898.

Hace cuatro años empezó a sentir dolores en la matriz con aumento de volumen de esta, metrorragias y estreñimiento.

Reconocida entonces por un especialista la diagnosticó de fibromas uterinos proponiendola una intervención quirúrgica

que la enferma no aceptó, mas a los cuatro meses se hizo embarazada teniendo que intervenir el tocólogo para extraerle la criatura.

Y Después de pasado el puerperio notó que la menstruación iba siendo cada vez mas pequeña y tuvo un periodo de tiempo que se encontraba perfectamente bien.

Pero hace próximamente un año empezó con los mismos síntomas que anteriormente los cuales la condujeron a esta clínica.

Después del examen clínico y comprobado que se trataba de fibro-miomas uterinos intersticiales se le practicó una histerectomía abdominal total.

Fue dada de alta por curación.

El examen histológico demostró

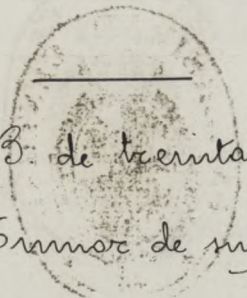
que era un fibro-mioma con degeneración
grasienta.

Observación 14.

Tumor uterino fibroquistico supurado.

La Parotomia. Muerte.

Pearl, cité in Thèse de Bec, Paris 1880 p.72. (Résumé)



M. B. de treinta y un años. Tumor
trce voluminoso. Tumor de superficie lisa y de
fluctuación poco marcada que llena la pelvis,
se remonta al epigastrio. Muy poco movi-
ble; está adherido a la piel en una gran es-
tension.

El tumor fue punzado hace cinco

semanas; y se extrajo 8 litros de un líquido claro, despues de esta punción hubo fenomenos de peritonitis.

Se operó en Junio de 1885 de la Paratuberculosis. Tumor adherente hacia arriba en el lado izquierdo al epiploon; en el lado derecho a las asas intestinales; hacia bajo al nivel de la pelvis las asas intestinales formaban una corona al tumor.

Punciionando el tumor, sale un líquido enteramente purulento se procedió a la extirpacion en masa y en este momento se produjo una rasgadura de el intestino la cual se suturó.

Muerte de la enferma por peritonitis.

Examen del tumor. Es un fibroma en

el cual se pueden distinguir tres porciones.

Una superior escavada por una cavidad quística de paredes que se rasgan con facilidad y de un centimetro de espesor en este punto fue donde se puncionó cuando salió el liquido claro despues de la puncion se inflamó el quiste y el liquido se convirtió en purulento.

En la vecindad de la inflamacion se desgarró el tejido fibroso que representa una masa esponjosa y que produce una serosidad mezclada con pus esta es la segunda parte

La tercera está formada por una prolongacion extendida transversalmente en la cara posterior del útero, la cual está

formada de tejido fibroso denso.

Y por último en la cavidad del útero el fibroma está envuelto de una capa celular fibrosa espesa.

Observación 15.

Absceso en un fibroma por inyección de ergotina.

Gerard, *Chese.* Paris 1874

Enferma de 27 años ingresó en la cavidad el 28 de Mayo de 1875.

Desde hace cuatro años tiene un tumor uterino que llega al epigastrio y a el hipocondrio izquierdo.

El 16 de Diciembre, inyección en el

tumor superior derecho de 0.30 centigramos de ergotina.

El 15 de Febrero inyección de cuarenta centigramos.

Otras cinco inyecciones hasta el 30 de Noviembre del 1876 se produjo entonces un pequeño absceso en el tumor que se abrió al nivel del ombligo y que el 3 de Febrero de 1877 todavía existía la fistula.

Observación 16.

Enferma de D^o Manuel Velasco.
A la bondad de mi querido amigo debo la siguiente historia

Enferma de 43 años, ocupó la ca-

ma n^o 50 de la Sala 5^a del Hospital General.

Mioma submucoso; utero abultado
de volumen como de cuatro meses de gestación

Dismenorrea, metrorragia.

Se le hizo varias sesiones electri-
cación por el procedimiento de Apostoli. En los me-
ses de Agosto y Septiembre consiguiendo muy
poca disminución del tumor. Se le presentó flu-
jo blanco que a pesar de las irrigaciones vagi-
nales que la enferma se ponía se hizo de mal
olor expulsando algunos fragmentos del tu-
mor en Octubre invasión de peritonitis

Observación IV.

Agostini, Montpellier Médical. 1885. n. serie,
t. V. p. 397.

Enacenta y dos años. cinco embara-
zos y dos abortos.

Tiene un tumor fibroso de útero des-
de hace muchos años.

Ha sido tratada por la canterización
ignea sobre el cuello, por las inyecciones de er-
gotina y por la electrización.

En Septiembre de 1885 tuvo fiebre, co-
licos uterinos violentos con caracteres expulsivos; cuando se le presentó el periodo fue muy
doloroso. Los dolores y la fiebre duraron siete
u ocho días, el tumor uterino se ha hecho sen-
sible a la presión.

El 13 de Septiembre el periodo cesa los colicos desaparecen el vientre es mas doloroso al nivel del ligamento ancho derecho.

El tumor uterino llega hasta dos traveses de dedos por debajo del ombligo. La parte superior del tumor está aplastada y como deprimida. Cuello uterino entre abierto.

17 de Septiembre comienza la expulsión de un fibro-mioma es facelado y fragmentado. La expulsión es continua pero el estado general de la enferma se agrava, Se le presenta septicemia y murió el 5 de Octubre.

Observación 18.

*Fibroma quístico purulento. Adherencia
al recto.*

Reynold Soc ant 1894. p. 81.

M. P. 45 años entra en el hospital
Beaujon en el servicio del Dr. Guyot.

Desde hacia muchos años presen-
taba síntomas que debían hacer pensar un fi-
broma uterino; dolores abdominales vivos irre-
gularidad en las reglas aumentadas en su
duración y en su abundancia.

Hace poco mas o menos un mes
la enferma sintió bruscamente un aumento de
dolores y sensación de tenesmo rectal; tuvo es-
calofrío por la noche y su estado general se ar-

gravó rápidamente.


A su entrada en el Hospital los síntomas generales dominan la escena, temperatura 39° ; pulso 120 lengua seca vomitos y diarreas.

La palpación abdomen muy doloroso revela la existencia de una masa dura subiendo hasta cerca del ombligo. El tacto vaginal indica que el útero esta inmóvil, el cuello dirigido hacia adelante el fondo de saco posterior lleno por un tumor inmóvil muy doloroso ascendiendo hasta la mitad de la vagina. El histerometro acusa 11 centímetros.

El estado de la enferma se agrava y muere antes de haber sido operada.

Autopsia. Se encontró la pequeña pelvis ocupada por un tumor sólido dependiente del útero y lleno de numerosas cavidades, este tumor está desarrollado a expensas de la pared posterior del útero.

La vejiga está dirigida hacia adelante, la parte anterior del útero no está aumentado de volumen; la cavidad uterina está libre, la mucosa parece sana a primera vista.



Hacia atrás de la cavidad uterina se encuentra la masa del tumor que está adherida al recto en toda su extensión y un asa de intestino delgado pasa transversalmente sobre el tumor no pudiendo ser separada sin rasgadura.

El aspecto macroscópico del tumor es el de un mioma pero en la parte posterior superior del tumor se encuentra una masa de apariencia epasiente englobada en el resto del tumor esta masa está llena de numerosas cavidades de las cuales algunas se comunican entre si.

Observación 19.

Fibro-miomas uterinos con lesión cardíaca.

Clínica del Dr. Oración.

S. C. natural del Puerto de Santa Cruz (Caceres) de 43 años pluripara sin antecedentes patológicos ni hereditarios in

Observación 20.

Fibro-mioma con metritis calarral crónica.

Clinica del Dr. Chacón.

B. S. de 27 años multipara ingresó el 11 de Febrero de 1895.

Tumor duro del tamaño de una naranja de las llamadas mandarinas colocado en el labio posterior del cuello uterino con secreción intensa de viscosidad. Hace dos años que notó la presencia de dicho tumor por los dolores y la metrorragia constante.

Fue extirpado el tumor y dada de alta por curación.

Observación 21.

Fibro-sarcoma y pelvi-cevritis.

Clinica del Dr. Chacón

P. A. natural de Aranyuez de 33 años de edad, casada, multipara ingresó en la clinica el 20 de Octubre de 1891.

Bien menstruada desde los 14 años sin antecedentes hereditarios ni patológicos relacionados con la enfermedad.

Se casó a los 28 años, ha tenido un aborto y dos partos normales.

Estado actual. Decaimiento general, color terreo, dispepsia y hematomosis.

En la pelvis y abdomen se observó, el vientre tympanizado, en las regiones epigástricas

ticas y mesogásticas, matidez en la ligro-
gástrica y una tumefacción que partiendo de
la pelvis asciende a más de cuatro traveses de
do por encima del pelvis y situado en la li-
nea media.

Por vía vaginal se notó el ítero en
anteversión, tumefacción dolorosa en el borde
inferior del ligamento ancho derecho.

Dolores intensísimos y fiebre bas-
tante alta.

Por la vagina fluía un líquido
purulento.

Se la sometió al tratamiento del
yoduro potásico e irrigaciones vaginales con
tinas y calientes.

Observacion 22.

Fibro-mioma submucoso del utero - Sep-
ticemia. Muerte.

Clínica del D. Chacón.

Y. C. natural de Granada de 34
años ingresó en esta clínica el 20 de Mar-
zo de 1893.

Casada cigarrera bien reglada des-
de los once años; nulipara.

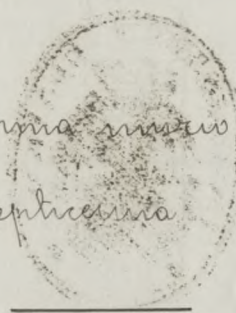
Refiere que desde hace cuatro años
empezó a notar flujo blanco y dolores intensísi-
mos en la pelvi y se desmitria rápidamente. Des-
de hace cuatro meses se le presentaron metro-
rragias frecuentes estreñimiento y polaquimia
manías y vomitos por la mañana síntomas

todos que recordaban un embarazo.

Y diversidad de criterio entre el profesor de esta clinica y el ayudante obligó al primero hacer dos incisiones a los lados del cuello uterino para patentizar el diagnóstico hecho.

Habiéndose presentado la septicemia hubo necesidad de practicar la operacion en la cual se vivió el operador, comprometiendo gravemente su vida.

La enferma ~~murió~~ a los tres días de operada la septicemia



Observacion 23.

Apostoli, en Union Medicale, 16 et 19 Octobre 1896 (Résumé)

Suppuration de un fibroma par

galvano-puntura química. Enferma de 42 años, ha tenido dos partos el último hace 10 años.

Grueso fibroma al parecer vilobulado en el vértice (el lóbulo derecho remonta 14 centímetros por cima del funis el lóbulo izquierdo 22 centímetros.

Se decide el hacerle la galvano-puntura química por punción eléctrica intra-fibromatosa.

Primera punción el 5 de Noviembre, de 1885, 3 centímetros de profundidad.

Segunda punción el 5 de Noviembre, cinco centímetros de profundidad.

Por la tarde dolor, fiebre anorexia.

La enferma presenta síntomas de peritonitis aguda: 39,2. Dolor espontáneo pero

no varritos, nada de dolor a la presión.

Después los síntomas disminuyen un poco.

El 22 de Noviembre, expulsión espontánea y brusca por la vagina de una gran cantidad de pus de olor fétido. La temperatura desciende a 37.5.

Se hace una inyección de sublimado en la vagina después otra intravaginal, se penetra una cavidad profunda por cima del estrecho superior. Se lava la cavidad los días siguientes necesariamente con disolución de sublimado, con agua, ferricada con disolución de ácido bórico y escovillonnage con la creosota.

Signo de Septicemia muerte el 24

de Diciembre.

Autopsia. Masa fibrosa ligua,
vilobulada, separada completamente en dos
cuerpos fibrosos distintos, con pediculo comun. Una
falsa membrana los reune por delante y los
suelta por decir asi los dos fibromas, tiene un
aspecto negroceo y color desfacelado, existe una
gran cavidad entre los dos fibromas tapizada
por los productos de mortificacion gangrenosa
mezclada de fibrin que invade lentamente
la pared de los fibromas sobre todo el izquier-
do en una profundidad de dos centimetros, es-
ta cavidad perfectamente circunscrita en el
surco de los dos fibromas permanece central
y localizada y la mortificacion gangrenosa que
ha traspasado las caras laterales no intere-

san el peritoneo el cual permanece intacto.

El utero está relativamente pequeño
(8 centímetros.)

Observacion 24.

Fibroma supurado. Coli-bacilo. Histerecto-
mia. Muerte por supuración secundaria.

Depla 28. 2. 1896.

Enferma de 37 años, vírgen, tiene
un voluminoso fibroma uterino que provoca
abundantes hemorragias.

En el momento de la operación, la
enferma guarda cama varias semanas, tiene fie-
bre todas las tardes y 140 pulsaciones.

Histerectomía abdominal en el Obrero
de 1895.

Al hacer la sección del cuello uterino
no sale un líquido purulento fetido de la ca-
vidad cervical.

Después de la operación la fiebre
persiste; al sexto día se forma un voluminoso
acceso fetido entre la piel y aponeurosis de la
pared abdominal.

Otra colección purulenta de la mis-
ma naturaleza envuelve el pedículo uterino
que está abierto, lavado y drenaje por la
vía vaginal.

La enferma sufre sin presen-
tar ningún síntoma de peritonitis

El tumor que es un mioma pu-

trufado y succionado en todo su espesor fue examinado bajo el punto de vista bacteriológico.

Las culturas sobre agar y sobre gelatina nos dieron el colibacilo furo.

Nos parece evidente el colibacilo hallado por la vía vaginal a la cavidad uterina, habiendo infectado el tumor fibroso que la enferma padecía.

Observacion 25.

Atrofia de un fibromioma del volumen de una cabeza de seto.

A la amabilidad de mi ilustrado y distinguido compañero D. Emilio Gascañana debo la siguiente historia acaeci

da en su familia.

E. B. A. de 54 años natural de Santorcaz (Madrid) soltera.

En el año 83 padecía un tumor duro voluminoso inmovil, que ocupaba el fondo de saco anterior del útero.

Metrorragias disuria, polanginuria, trastornos digestivos y dolores intensos.

Celebrando consulta el Dr. Gascuriana con varios compañeros juzgaron que se trataba de fibro-miomas uterinos decidiendo no operar a la enferma para ver si al llegar al periodo de la menopausia desaparecian dichos tumores por atrofia.

En los momentos actuales se en-

cuenta perfectamente bien habiendo desaparecido los fibro-miomas con todas las molestias que las proporcionaba.

Observación 26.

Fibro-mioma uterino comprimiendo la vejiga y recto.



P. J. natural de Oviedo de 36 años de edad nulipara, ingresó en esta clínica el 21 de Octubre de 1899.

Varios tumores voluminosos que se remontan por la línea media hasta dos traveses de dedos por debajo del ombligo. Por el

tacto vaginal tumor duro e inmovil en el fondo de saco interior.

Enferma muy demacrada, por el crecimiento exagerado del tumor, metrorragias dolores intensos, disuria, hematemesis, sensacion de ahogo y edemas de los miembros abdominales.

Histerectomía abdominal total.

En la actualidad se encuentra la enferma perfectamente bien, siendo portera del no 34 de la calle de San

Los tumores extirpados pesaron cinco kilos.

Observación 27.

Fibro-mioma intersticiales

Clinica del Dr. Chacón.

G. Y. natural de Segovia de 20 años ingresó en 23 de Noviembre 1899 sin antecedentes hereditarios ni patológicos.

Se practicó una castración doble (operación de Battery).

Fue dada de alta por curación.

Observación 28.

Fibromas uterino voluminoso.

Clinica del Dr. Chacón.

Y. 73 natural de Cuenca de 46 años

casada plurigrava ingresó en 6 de Noviembre
1899 sin antecedentes hereditarios ni pato-
logicos.

Tumor voluminoso de la matriz
que remonta por la línea media hasta dos
traveses de dedos por debajo del ombligo. Por
tactación están ocupados los fondos de saco
anterior y posterior.

Metrorragias, dolores en la pelvis
cefalalgias, estreñimiento, disuria.

Histerectomía abdominal total.

Dada de alta el 11 de Diciembre
por curación.

Conclusiones.

1. La extremada frecuencia de los fibro-miomas uterinos no parece estar unida a una influencia hereditaria; el celibato no tiene ninguna importancia en su produccion pero son relativamente raras frecuentes, en las mujeres estériles, la endometritis que los precede y los acompaña impidiendo la concepcion.

2. En su desarrollo los tumores intersticiales no guardan mas que debiles co-

nexiones con el tejido vecino; los tumores sub-peritoneales y sub-mucosos comprimidos por el músculo uterino tienen tendencia a presentarse del lado de la superficie libre y apedunculizarse.

3. Los fibro-miomas pueden sufrir transformaciones **asépticas** (atrofia, calcificación etc) **sépticas** (supuración de la capsula y también del tumor) **malignas** (sarcomatosa) su degeneración carcinomatosa primitiva no existe.

4. La supuración de los fibro-miomas del útero no es muy frecuente y cada vez va siendo mas rara con la aplicación de los métodos antisépticos en la practica ginecológica y obstétrica.

5. Las causas predisponentes de esta supuración son las diversas generaciones de los fibromas (sobre todo la degeneración edematosa y calcarea) y las modificaciones de nutrición produciendo la isquemia y la necrosis. Mas el embarazo por las complicaciones que el fibroma y el útero gravido son susceptibles de producir el uno sobre el otro por una agravación reciproca. es la causa predisponente mas importante.

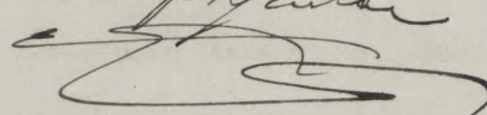
6. La causa determinante es ya un traumatismo septico directo, ya mas frecuentemente un proceso infeccioso que parte de la cavidad y de la mucosa uterina y llegan al fibroma por la via linfatica o sanguinea.

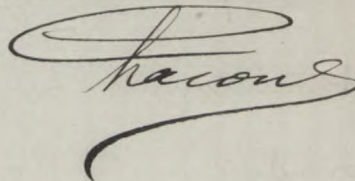
7. La probable degeneración de los fibro-miomas en sarcomas hace que no consideremos a los primeros como completamente benignos debiendo toda enferma de fibroma ser sometida a una observación médica durante mucho tiempo para que si se presenta algún sintoma que pueda despertar en nosotros la sospecha de que ocurre una degeneración sarcomatosa pueda acudir con tiempo para operarla convenientemente.

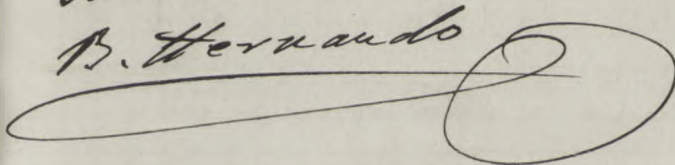
Y he dicho
Madrid 13 Feb^o 1901

Fidoro Rodríguez
Viqueiros

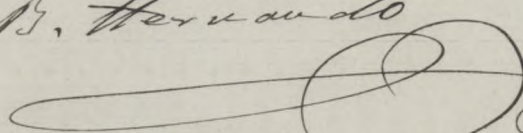


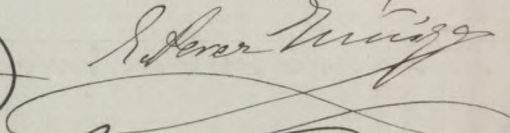
Admisible
Unido y Huila


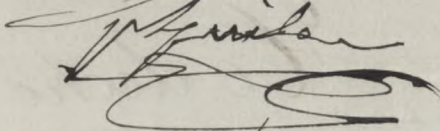
Admisible
Tracou


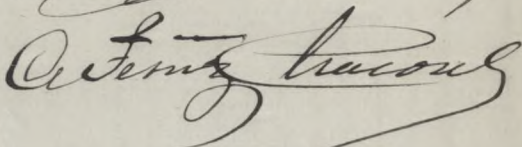
Admisible
B. Hernandez


Día de Septiembre de 1901
Verificó el ejercicio del grado
de Doctor y fue calificado de
Sobresaliente

B. Hernandez


El Sr.
Ramon Tracou


Ramon Tracou
Huila


Arturo de Pedronzo


Arturo de Pedronzo
