604
6574
1

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HISTORIA

DE LA

OVARIOTOMIA

EN LA

REPUBLICA ARGENTINA

TÉSIS

PRESENTADA POR

LOVAT ASH MULCAHY

Miembro activo del Circulo Médico Argentino y de la Comision Especial de Farmacia

PARA

OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle de Belgrano números 133 y 135

1880

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HISTORIA

DE LA

OVARIOTOMIA

EN LA

REPUBLICA ARGENTINA

TÉSIS

PRESENTADA POR

LOVAT ASH MULCAHY

Miembro activo del Círculo Médico Argentino y de la Comision Especial de Farmacia

PARA

OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle de Belgrano números 133 y 135

1880

Facultad de Ciencias Médicas

Décano	Dr. D.	MANUEL PORCEL DE PERALTA
Vice Décano	«	« MANUEL ARAUZ
Tesorero	«	« MAURICIO GONZALEZ CATAN
Académicos	«	« NICANOR ALBARELLOS
	«	« MANUEL A. MONTES DE OCA
	«	« MAURICIO GONZALEZ CATAN
	«	« CLETO AGUIRRE
	«	« SANTIAGO LARROSA
	«	« ERNESTO ABERG
	«	« PEDRO A. PARDO
	«	« MANUEL ARAUZ
	«	« LEOPOLDO MONTES DE OCA
	«	« EDUARDO WILDE
	«	« PEDRO A. MATTOS
	«	« JOSÉ T. BACA
	«	« DOMINGO PARODI
	«	« RAFAEL HERRERA VEGA
Secretario	«	« JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	» » Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	» » Santiago Larrosa
Patología general é Historia de la Medicina .	» » José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	» » Guillermo Rawson
Patología externa	» » Leopoldo Montes de Oca
Patología interna	» » Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica y operaciones	» » Manuel A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Cleto Aguirre
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología.	» » Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	(Vacante)
Histología y Anatomía Patológica	Dr. D. C. Lanus y Juan Borbon
Fisiología general y humana	» » Francisco Tamini, en ejerc
Patología general é Historia de la Medicina. .	» » Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica . . . , . .	» » Pablo M. Santillan y Enrique del Arca
Higiene pública y privada	» » Pedro Mallo
Patología externa	» » Lucio Melendez
Patología interna	» » Manuel T. Podestá
Clínica Quirúrgica y operaciones	» » Juan A. Argerich y Julian Aguilar
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Pedro F. Roberts
Clínica Médica	» » Juan B. Gil y Carlos I.. Villar
Medicina legal y Toxicología.	» » Manuel Blancas
Obstetricia y Clínica respectiva . . , . .	» Antonio T. Ballester y Samuel Molina

Disectores

JUAN J. NAON — FELIPE BASABILBASO

PRESIDENTE DE TESIS

DOCTOR DON GUILLERMO RAWSON

Al Dr. D. Guillermo Rawson

TESTIMONIO DE APRECIO Y RESPETO

Al Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

TESTIMONIO DE AMISTAD Y GRATITUD

Al Dr. D. Manuel Porcel de Peralta

SIMPATIA Y GRATITUD

A MIS AMIGOS

PEDRO MURRAY Y JOSÉ GARCIA FERNANDEZ

AMISTAD

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Hoy por primera vez cabe á un hijo de la Gran Bretaña, el alto honor de presentar una Tésis, con el fin de optar al grado de Doctor en Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires; y debo manifestar aquí con este motivo, como una pálida demostracion de gratitud, que las distinciones inmerecidas que siempre me dispensaron mis catedráticos en los seis años que he asistido á la Facultad, y el afecto verdaderamente fraternal que siempre me profesaron mis condiscípulos, mas de una vez me hicieron olvidar por momentos, que era estranjero, creyéndome mas bien uno de los hijos de esta hospitalaria tierra.

Señores Catedráticos:

Con tan propicios antecedentes no puedo en este solemne momento, dejar de abrigar la esperanza de

que mi Tésis merecerá la aprobacion de vuestra elevada ciencia, y me cabrá la alta honra de entrar á formar parte del mas distinguido cuerpo médico de la América del Sur.

Señores:

Permitidme termine, augurando á la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires nuevos y grandiosos progresos en la ciencia profunda y misteriosa que tiene por objeto conservar en el hombre el fuego sagrado de la vida; de modo que el éco de su fama repercuta en breve, no tan solo hasta los confines de las regiones americanas, sinó hasta las puertas de las más célebres facultades del viejo continente.

Capitulo I

Reseña estadística de las operaciones de ovariotomía practicadas en la República Argentina

Caso número 1

Señora de 40 años, viuda y madre de varios hijos. Quiste multicolar. Fué operada por el Dr. Alston, el 22 de Abril de 1870, en compañia de los doctores Leeson, Marengo, Quinche y Finck. Se estirpó el ovario izquierdo, y tres dias despues de la operacion, la herida estaba completamente cicatrizada. Esta enferma tenia además unos tumores independientes desarrollados en el tejido uterino. La señora vive aun.

Caso número 2

Señora de 28 años de edad, casada y madre de un niño. Fué operada por el Dr. Alston el 28 de Noviembre de 1870, con la asistencia de los doctores Rivas, Gallarani, Amoedo, French y Macdonald. Dejó de existir á las ocho y media de la mañana el 1 º de Diciembre, es decir, casi tres dias despues de la operacion

Caso número 3

Señora de 30 años, catorce años de casada y sin hijos. Fué operada por el Dr. Alston el 21 de Marzo de 1871, con el concurso de los doctores Macdonald, Garcia Fernandez, Ayerza y Drago. Se estirpó el utero y ambos ovarios; existian en estos órganos tumores de naturaleza encefalóidea y á mas habia un feto en la matriz. La paciente espiró el tercer dia despues de la operacion.

Caso número 4

Jóven de 18 años, soltera. Se diagnosticó un tumor canceroso del ovario izquierdo, que se estirpó con el objeto de aliviar el dolor. La operacion fué ejecutada por el Dr. Alston el 9 de Abril de 1875. La enferma sobrevivió á la operacion y falleció á consecuencia de una disentería 40 dias despues.

Caso número 5

Señora de 37 años, casada y buena constitucion. Quiste simple unilocular con numerosas adherencias. Fué operada por el Dr. Defoix el 15 de Julio de 1875, con el auxilio de los doctores Simon, Herrera Vega, Duchesnois, Argerich, Golfarini, Pastore y los señores Madaune y Villar. La operada vive aun.

Caso número 6

Señora de 38 años de edad, casada desde hacia quince años y sin hijos. Quiste multilocular del ova-

rio izquierdo de treinta libras próximamente de peso. La operacion fué llevada á cabo por el Dr. Alston el 28 de Abril de 1877, acompañado de los Dres. Aberg, Macdonald, Finck, Hiron y el Sr. Mulcahy. A los diez y seis dias despues de la operacion la enferma se encontraba convaleciente. La señora vive y goza actualmente de buena salud.

Caso número 7

Señora de 27 años, casada, con tres hijos. Quiste multilocular del ovario izquierdo con numerosas adherencias. Fué operada por el Dr Marengo el 5 de Junio de 1877 en compañia de los doctores Wilde, Castilla y Llavallol. La paciente dejó de existir tres dias despues de la operacion.

Caso número 8

Jóven soltera de 16 años de edad. Quiste multilocular y sin adherencias. Fué ejecutada por el Dr. Pirovano en compañia de los doctores M. A. Montes de Oca, Marengo, Argerich, Defoix, Roberts, Acuña, Aguilar y Golfarini. La enferma murio dos dias despues de la operacion.

Caso número 9

Señora de 28 años de edad, casada, no ha tenido mas que un hijo. Quiste multilocular del ovario izquierdo. Fué operado el 1 ° de Febrero de 1879 por el Dr. Defoix con el concurso de los doctores Argerich,

Golfarini, Herrera Vegas, Torres Melchor, Roberts, el Sr. Madaune y algunos alumnos de medicina.

Al cabo de un mes la enferma se hallaba completamente restablecida, apesar de haber sobrevenido un gran derrame plueritico en el lado derecho.

Caso número 10

Señora de 48 años de edad, casada, ha tenido hijos. Quiste multilocular del ovario izquierdo. Fué operada en el mes de Noviembre de 1879 por el Dr. Pirovano con el concurso de los doctores Ayerza, padre é hijo, Marengo, Herrera Vegas y Lanúz. Dejó de existir á las 36 horas de la operacion.

Caso núm. 1

« La señora doña I. de O.—Edad 40 años, viuda, y madre de varios hijos, la primera vez que la ví, fué en el mes de Agosto de 1869. La enfermedad que la aquejaba habia sido diagnosticada como prolapso del útero, obligándola á usar durante algun tiempo un pesario. Despues de un reconocimiento prolijo quedé convencido de la existencia de un tumor en el ovario, el estado de la enferma se habia agravado mucho, el apetito faltaba del todo y existia una irritabilidad escesiva del estómago, todo movimiento le era penoso, y apenas podia caminar de una pieza á otra, el desarrollo del vientre habia sido rápido y constante. Cerciorado pues de la naturaleza de la enfermedad, y á fin de ganar tiempo para estudiar lo que

se presentaba en el cuello del útero, me limité á mejorar la salud general de la enferma, y al mismo tiempo á consultar la opinion de algunos de mis cólegas, sobre si el caso era para practicar una operacion, y si esta podía efectuarse aquí ó era necesario que se hiciera en Europa.

« Los Dres. Alvarez, Aberg, Rawson y Molina estaban conformes con el diagnóstico de un tumor en el ovario, pero en cuanto á la naturaleza de los tumores del cuello, habia divergencia de opiniones, unos los consideraban como simple hipertrofia con induracion, y otros como tumores distintos; aceptaron el tratamiento adoptado, acordando en la *puncion* del tumor una vez que se presentára el momento oportuno, oponiéndose por otra parte á la idea de un viaje á Europa.

« Sobre la operacion radical no emitieron su opinion, la enfermedad sin embargo seguia progresando, y á fin de Enero fué necesario *punzar* el tumor, lo que efectuado, dió salida á un líquido oscuro de la consistencia de la miel de abeja, cuya cantidad no pasaba de cuatro litros, habiendo el volúmen del tumor disminuido poco, y revelando que el *Quiste* ocupaba mucha extension y era de tamaño enorme; en estas circunstancias una intervencion enérgica se necesitaba, si no queríamos entregar á la enferma al destino que la aguardaba, pues las fuerzas disminuian cada dia mas, sobreviniendo náuseas contínuas é hipo. Llamé entonces á los doctores Leeson, Marengo, Quinche y Finck, quienes confirmando mi diagnóstico, me aconsejaron practicase cuanto antes la operacion radical, como el único remedio para postergar el éxito fatal que amagaba de un dia para otro. Como el período menstrual se acercaba, nos resolvimos á esperar que este pasase para entonces proceder á la operacion.

« El 22 de Abril de 1870, ayudado por los Dres. Leeson, Marengo, Quinche y Finck, practicamos la operacion que segun creo, es la primera que se ha practicado en el

país. Habiendo administrado el cloroformo por medio del aparato de *Snow*, practiqué una incision lineal en toda la extension de la línea alba, desde una pulgada arriba del ombligo, hasta media pulgada del púbis, cortando mucho tejido adıposo, dividiendo cada lámina de los músculos abdominales, una por una, hasta que llegamos al tumor. Este era de un gran tamaño y parecido en su aspecto á una placenta, con una capa de linfa en su superficie, y adherido arriba y atrás á los tejidos adyacentes. Hubo que ligar una arteria y romper las adhesiones, en seguida introdujimos un *trocar* de media pulgada de diámetro y de la forma empleada por el doctor Spencer Wells; la materia de esta parte no corria por la cánula por ser muy espesa, teniendo que introducir otra cánula de calibre igual en otra parte con resultado parcial. En esta situacion mis cólegas me aconsejaron que evacuase el tumor mediante una incision libre, lo que acto contínuo se verificó, dando salida á una materia espesa y consistente como la miel de abeja, pero como quedaba todavia poco reducido de volúmen, el Dr. Marengo introdujo la mano rompiendo los quistes secundarios, maniobra que completé con las tijeras. Recien entónces nos fué posible evacuar el tumor, sacando con las manos materia coagulada y demasiado espesa para correr por sí sola, en seguida un compañero introdujo sus manos debajo del tumor, lo levantó fuera del abdómen, mientras que otro aplicó el *clamp* al cuello del tumor, el cual corté á la distancia de una pulgada de este. Los bordes de la herida se reunieron por medio de dos hilos de sutura, una de plata que atravesaba todo el espesor de las paredes del abdómen, otro de seda que solamente interesaba el cútis y tejido celular, encima de este se aplicaron unas ojas de *colchao* las que se cubrieron con una venda ancha de flanela, acomodando á la enferma en una cama arreglada á propósito.

Esta se hallaba sumerjida en el abatimiento extremo que resulta de las operaciones capitales, pero afortunadamente no tenia vómitos ni ningun otro síntoma adverso; se le administró un *supositorio* de ópio, y en este estado la dejamos. La operacion duró precisamente una hora, quedando todo este tiempo bajo la influencia del cloroforno. La cantidad que se empleó de este anestésico no alcanzó á una onza. A las cinco de la tarde del mismo dia, la reaccion se estableció completamente, siguiendo la enferma sin mas novedad que la continuacion del movimiento febril hasta el 7° dia. La herida se cerró por primera intencion, el *clamp* fué sacado al quinto dia, una parte de las suturas en el cuarto y el resto en el quinto dia. Trece dias despues de la operacion, la herida estaba completamente cicatrizada. La cáscara del tumor pesaba 22 libras, y su contenido llenó tres palanganas grandes equivalentes cada una á diez libras, resultando el peso total 52 libras. Los instrumentos empleados fueron los de Spencer Wells. Los síntomas que resultaban de la operacion no tenian nada de interés. El mayor sufrimiento que esperimentó la enferma, era debido á una enfermedad distinta, que sentia desde muchos años á consecuencia de un parto, esta era una movilidad de los huesos que forman la sinfisis sacro-iliaca, causándola dolores fuertes en las caderas siempre que se acostaba de espaldas, posicion que es rigurosamente exigida despues de esta operacion. Por lo demás al tumor estaba próximo á reventar, mientras que por el otro lado los órganos contiguos estaban sanos, ó en un estado compatible con la salud, el ovario derecho estaba sano, el útero natural en su forma y volúmen. La única circunstancia que nos habia hecho titubear para practicar la operacion era la afeccion del cuello del útero la que queda hoy en el mismo estado que antes; en cuanto á la naturaleza de esta afeccion habia una divergencia de opiniones entre

mis cólegas. Unos la miraban como una hipertrofia simple del cuello del útero, otros la consideraban como tumores independientes desarrollados en el tejido uterino, esta última opinion era la mia, y esta quedó completamente confirmada por el exámen hecho despues de la operacion. La determinacion de este punto tiene una influencia importante sobre el porvenir de la enferma. Cuando consideramos la frecuencia con que las enfermedades Quisteformes del testículo van acompañados del cáncer del mismo órgano, entonces tenemos que admitir la posibilidad de que estos tumores, hoy quizá inocentes, pueden degenerar con el trascurso del tiempo en una enfermedad maligna. »

Dr. Alston.

Caso núm. 2

« La señora de Risso de 28 años de edad, casada y madre de un niño. Vi por primera vez á esta enferma en el mes de Noviembre de 1870, en consulta con los doctores Gallarani y Amoedo. La encontré con el abdómen enormemente dilatado, edema de las estremidades y de la pared del vientre; la posicion que le era ménos incómoda era semi-acostada, y los movimientos sumamente difíciles. Las funciones gástricas estaban alteradas; habia anorexia, náuseas, flatulencia, la respiracion fatigosa aumentándose esta con el mas lijero ejercicio; el pulso de 118 por minuto, los latidos del corazon débiles; la enferma habia enflaquecido tanto que estaba reducida á la apariencia de un esqueleto; su moral muy afectada teniendo el convencimiento de que se le acercaba su última hora.

« Dice que hace como un año y medio, ocho dias despues de dar á luz su primero y único hijo, sintió un dolor en el lado derecho de la parte baja del abdómen y poco

despues notó en este sitio un tumor que ha ido aumentándose hasta la fecha.

« El tumor comunica al tacto una fuerte resistencia; es elástico inmóvil y en ciertos puntos semi-fluctuante. El abdómen escesivamente dilatado, descansa en las rodillas cuando la enferma se halla sentada. El útero del tamaño normal, sus tejidos parecen sanos, y la menstruacion era regular hasta hace tres meses.

« La enferma ha sido visitada por muchos miembros de la profesion en Buenos Aires, quienes han indicado á la familia que nada puede hacerse en este caso.

« Un Homeópata hizo la puncion del tumor hace dos meses en la creencia que se trataba de una ascitis, extrayendo con dificultad como 25 libras de un líquido espeso. Como dos semanas despues, el Dr. Rivas fué llamado para ver á esta enferma, y desde luego hizo una puncion pero solo consiguió extraer seis onzas de un líquido claro y tenaz. Sospechaba que el tumor era de naturaleza ovárica, y á solicitud suya fuí llamado para atender el caso, y llegué por exclusion á un diagnóstico semejante. La enferma fué despues visitada en consulta por los doctores Rivas, Gallarani, Amoedo, French y Macdonald, estos señores convinieron en el diagnóstico y aconsejaron la operacion de acuerdo con los deseos de la enferma.

« El caso estaba muy adelantado, sino demasiado para ofrecer la perspectiva de un feliz resultado; pero como no se podia retardar la operacion, se resolvió esperar solo un tiempo favorable para practicarla.

« El 28 de Noviembre (1870) en presencia y con el auxilio de los referidos amigos médicos, procedí á la extirpacion del quiste, abriendo la pared abdominal desde el ombligo hasta el púbis en el sentido de la línea alba. Encontré el peritóneo parietal y visceral en contacto y casi adheridos sobre todo á la parte anterior y lateral del tumor, que era de un tamaño enorme, se separaron cuida-

dosamente todas estas adherencias y se dejó completamente libre la parte anterior del tumor, con el objeto de que disminuyera de volúmen, á fin de separar sus adherencias profundas, introduje un trocar grueso en la parte anterior del tumor, pero disminuyó poca cosa lo mismo que en la 2ª y 3ª vez que se repitió la puncion. En este estado uno de mis cólegas con el laudable deseo de separar rápidamente las adherencias posteriores, elevó el instrumento hácia un punto delgado en la superficie superior y posterior del quiste, causando un derrame del contenido del quiste en la cavidad del peritoneo. En tales circunstancias no me quedaba otro camino que penetrar con el bisturí en la masa del tumor y disminuir así rápidamente su contenido, á fin de sacarlo de la cavidad abdominal, y extraer inmediatamente la sangre y el contenido del quiste que se acumulaban allí. Con la hábil y eficaz ayuda de los doctores presentes se efectuó así: se sacó el tumor y siendo escesivamente cortos los pedículos (eran dos) para aplicar el constrictor, se ligaron reponiéndolos en el abdómen; tambien ligué varias ramas pertenecientes al gran omento.

« El ovario opuesto se hallaba completamente sano, pero el útero estaba atrofiado. Cerré la herida abdominal en la forma usual y se trasladó la operada á su cama. La operacion duró dos horas, se la ordenó caldo flaco y hielo por cuanto habia algunas náuseas, y una tendencia á descomponerse el estómago.

« 28 de Noviembre, 7 de la tarde.—La enferma se encuentra regularmente, se queja de dolor en el vientre, ha tenido algunas náuseas, la lengua húmeda, el cutis traspirando, caliente y húmedo, el pulso 150, filiforme.

« 29 de Noviembre, 9 de la mañana.—Ha pasado buena noche, ha dormido un poco, ha tomado hielo y pidió un poco de caldo y agua con vino, que tambien ha tomado; pulso 160, respiracion buena, el cutis y la lengua húmedos,

no tiene dolor, la orina que ha sido estraida cada cuatro horas por medio de la sonda, es clara y abundante; ha tomado caldo y se encuentra bien, el mismo tratamiento.

« 29 de Noviembre, 7 de la tarde.—Sigue bien, el mismo tratamíento.

« 30 de Noviembre, 9 de la mañana.—La enferma ha pasado muy buena noche, ha tenido lijeros dolores cólicos que desaparecieron despues de alguna flatulencia, se la administró un supositorio de ópio y durmió toda la noche; temperatura buena, lengua seca, aspecto bueno, con muy buen ánimo y deseo de conversar: pulso 160, vibratorio, quiere caldo, sigue el mismo tratamiento.

« 30 de Noviembre, 5 de la tarde.—Dice siempre que se encuentra bien y sigue con buen humor, ha tenido algunas náuseas, el estómago ácido, lengua seca, pero clara y roja; traspirando, orina abundante, pulso 150 fuerte y vibrante. Mis cólegas en consulta fueron de opinion de que el caso marchaba bien, y que los resultados eran mejores de lo que habiamos esperado; manifestando la enferma, que dentro de pocos dias se levantaria. A la noche nos llamó la atencion la fuerza y vibracion del pulso, pues entraba en un dia de crísis.

« Diciembre 1°, 8 de la mañana.—Cerca de las once de la noche anterior la enferma empezó á desfallecer, pero despues de una píldora de ópio se encontraba mejor á las 5 de la mañana cuando la vió el Dr. Rivas; despues de esta hora tuvo un acceso de sofocacion, se fué debilitando gradualmente y ahora se encuentra en agonía. A las ocho y media de la mañana murió.

« La herida del abdómen ha cicatrizado por primera intencion. Los parientes de la difunta no permitieron que se hiciera la autopsia.

« El notable poder de resistencia despues de la operacion, contra la idea formada al encontrar tan íntimas adherencias, me dió mucha esperanza de curacion; y prueba

de un modo satisfactorio, segun la opinion de todos los médicos presentes, que si la operacion se hubiese ejecutado algun tiempo ántes, hubiera tenido un resultado feliz.

« El tumor tenia el enorme peso de 70 lbs. adherente en todas sus partes; la enferma anémica y sin fuerzas; en vez de aplicar el *constrictor* á los pediculos, y sostenerlos en la herida, fué necesario usar de la ligadura y reponerlos en el abdómen. Algo del contenido del tumor y de los coágulos que á pesar del cuidado con que se procuró extraerlos, deben haber quedado: todo contribuia á temer un mal éxito; sin embargo de que mi propia opinion confirmada por la de mis conprofesores, era de que si no hubiera sido por la probable formacion de un coágulo cardíaco, habriamos conseguido salvar á la enferma.

« Me he estendido sobre este caso con la esperanza de que mis demas cólegas puedan apreciar con mas claridad la inmensa importancia de esta operacion, y la de ejecutarla á tiempo, como el *único medio* de evitar una muerte segura.

« Tambien creo que todos los insucesos de operaciones grandes y en especial las que tienen un carácter de ensayo, debieran hacerse conocer de todos, á fin de que alguno mas inteligente, en virtud de tales datos pueda descubrir los obstáculos que burlaron las esperanzas del cirujano operador, y venga á ser así para él y para todos, el paso que lo aleje del peligro y de la muerte. »

Dr. Alston.

Caso núm. 3

OVARIOTOMIA

Buenos Aires, 21 de Marzo de 1871

Señora de C., edad 30 años, Argentina. La paciente es casada, pero ha vivido separada de su marido por algunos años — está regularmente mantenida y tiene buen apetito — ha menstruado con regularidad hasta hace cuatro meses época durante la cual nos informa que un tumor que la acosaba desde algunos años, empezaba rápidamente á tomar proporciones hasta llegar la paciente á presentar la apariencia de una Señora en pleno período de embarazo; lengua limpia, no tiene vómitos, pulso 80, temperatura normal, pulmones y corazon normales, abdómen muy distendido, percucion dá matité desde dos pulgadas arriba del ombligo hasta el púbis, tambien en las regiones iliacas, derecha é izquierda; claro sobre el colon, ascendiente transverso y descendente, riñon matite normal — El tumor se presenta en algunos puntos desigual é irregular y semi-fluctuoso en la parte anterior. Su asistente médico, afirma que no ignoraba la existencia de un tumor en el abdómen de la paciente, cuyo diagnóstico calificó como del Qiste del ovario hace ya unos tres años; pero como no aumentó en tamaño durante ese intérvalo, no tomó determinacion al respecto. Sinembargo el tumor ha dado pruebas evidentes de mayor actividad, y en cuanto á su tamaño ha triplicado en menos de cuatro meses. Hace unos 14 años que ha sido casada pero jamás ha tenido familia ni abortos, la menstruacion ha

sido como es debido hasta hace unos cuatro meses, y no tiene motivo ninguno para poder considerarse embarazada, puesto que hace unos tres años que no hace uso de matrimonio con su marido.

Nunca se la ha hecho la paracéntesis. Recomendé que se la hiciese y á mas se examinase el útero con la sonda, lo que á los 4 dias fué efectuado, la sonda uterina se introducia sin dificultad en una estension de 3 1|2 pulgadas. — Se perforó el tumor abdominal y se consiguió el derrame de mas de una onza de un líquido seroso, color oscuro, á semejanza de té cargado—El tumor no fué sensiblemente afectado — La opinion de que el tumor fuese de los «Ovarios», fué sostenida por su anterior y esperimentado asistente médico, quien la habia visto en consulta años atrás, y quien en ese momento se hallaba presente. Fuí llamado para hacer la operacion en los siguientes dos ó tres dias.

Antes de principiar la operacion, examiné el tumor, admirándome de la posicion tan inferior que ocupaba en el abdómen—me convencí que un exámen mas prolijo, seria necesario para asegurarme de que algun error no hubiese entrado en nuestro diagnóstico del caso—manifesté esta opinion á mi coadyuvador principal, quien me aseguró que mis escrúpulos nacian mas bien del deseo de llevar hasta el estremo la minuciosidad y que á su juicio no habia razon ni motivo para demorar la operacion.

Asociado de los Señores Doctores Mac-Donald, Garcia Fernendez, Ayerza y Drago, se dió principio á la operacion del modo de costumbre – se administró cloroformo, y al esponer el peritóneo como de práctica, se dejó escapar una pequeña cantidad de serosidad al parecer en estado natural. — Dos partes de un tumor lobulado, de un tejido indurado, se presentaron á la vista y el espacio que mediaba entre ellos presentaba fluctuacion á la palpacion.

El tumor llenó por completo la falsa pélvis por ambos

lados y habia gran dificultad en hacer un exámen minucioso del tumor, á causa de su bulto.

Aventuré mi apinion de que el tumor no era del «Ovario» — mis compañeros aconsejaron la disminucion del tumor por la puncion en la parte fluctuante, habiendo ya penetrado su parte mas dura hasta su centro, sin otro resultado que una insignificante hemorragia — Disequé con sumo cuidado del frente del tumor una asa adherente del intestino delgado, el cual uno de mis ayudantes se preparaba á cortar, bajo la impresion de que era una banda de tejido fibroso. La segunda perforacion dió lugar á que saliese una cantidad de fluido, color pajiso y de la consistencia de vino y con un olor *sui generis*— Conocí al momento el estado del caso y me convencí que el trocar había penetrado en la cavidad uterina, la que presentaba un desarrollo de tres ó cuatro veces su ta- entre dos grandes tumores indurados, teniendo su orígen maño natural y quedó en la matriz y en dos distintos puntos.

En vista de lo grave del asunto entremanos, propuse la extirpacion *intoto*, lo que fué unánimemente convenido. Esto comenzé á hacerlo, separando cuidadosamente con la mano varias adherencias del tumor con el epiplon é intestinos delgados—esto no se pudo efectuar sín gran trabajo y con un laudable deseo de ayudarme en cuanto le fuera posible, uno de mis ayudantes cortó uno de los tubos de Falopio, equivocándolo por una adherencia.

Hice levantar la masa entera de la pélvis é hice pasar una doble ligadura por los puntos estremos de la vagina, á su reflexion sobre el cuello, até la misma, y corté el pedículo, extirpando de esta manera la masa entera. La hemorragia, casi nada, del pedículo: los varios puntos que pudieron sangrar, ya se habían atendido. Se cerró la herida esterior y la paciente puesta en cama, segun costumbre.

La paciente sintió frio,—pulso 84. Se le aplicó calor á los piés y se le adminístró una opiada—dieta, leche y sopa con hielo--vomitó un poco—la paciente sintió en el abdómen el calor que es natural despues de la operacion.

8 *p. m.*—Cesaron los vómitos—ha dormido bien—buen apetito—siente un poco de sed—no hay escalofrios—pulso 90. Receté supositorio opiado.

22. 8 *a. m.*—Ha pasado una noche regular, durmió unas pocas horas—en dos ocasiones se estrajo la orina, pulso 11.2 - cutis caliente y seco—tiene sed—tratamiento como antes.

8 *p. m.*—Pulso 116—no ha pasado un dia tranquilo, se siente con modorra—se estrajo mucha orina—no ha experimentado dolor en el abdómen—supositorio opiado para la noche.

23 *Marzo*—Pasó mala noche,—sudor copioso,—lengua cargada—mucha sed—pulso 130 acelerado—orina escasa, color subido—no siente dolor en el abdómén—no se siente por demás abatida. El conocimiento de la naturaleza del tumor no ha dejado de impresionarla bastante y en mi opínion, desfavorablemente.

8 *p. m.*—Pasó el dia en circunstancias análogas - se estrajo orina—pulso 130.

24 *Marzo*—Ha pasado mala noche, pulso 150, pequeño —sudores frios—semblante agitado—tendencia ó deseos de vomitar. Desde este periodo, hasta las 4 p. m., se presentaron síntomas de disolucion y á esa hora, dejó de existir la paciente.

Un éxámen del tumor, reveló la existencia de un gran tumor canceroso-mixto, teniendo su orígen este, en la pared anterior derecha del útero, precisamente á la union del cuerpo de la matriz con la parte interior del cuello, este tumor al crecer había dado lugar á una prolongacion del cuello de la matriz hasta ofrecer una longitud de 3 1[4

pulgadas, indicadas por la sonda. En el punto, orígen de este tumor, se encontró que la Matriz fué torcida en ángulo recto hácia el costado izquierdo, conteniendo la cavidad desenvuelta un feto de cínco meses—encima del cuerpo de la matriz y arrancando del costado izquierdo de la parte superior del cuerpo de la matriz, se encontraba otro grande tumor canceroso-mixto. (Escirro y Medular) mas grande todavía que la cabeza de un niño, de tiempo normal.

Apreciacion

Se debía haber desistido de la operacion, cuando se abrió el abdómen?—No se debía haber hecho perforacion alguna mientras tanto no se hiciese mas grande la incision y de que fuese mejor examinado el tumor. Si se hubiera puesto mayor atencion en la auscultacion, se hubiera podido evitar la operacion. Unicamente en los últimos momentos antes de operar, fueron mis sospechas avivadas pero no suficientemente bien definidas para poder afectar la opinion de mi colega—finalmente, si se hubiera hecho poner un tubo de drenage por el centro de la vajina, hasta el abdómen, todavía, se podría haber conseguido un resultado feliz.

Dr. Alston.

Caso núm. 4

OVARIOTOMIA

EL CASO DE LA SEÑORITA M...

9 de Abril de 1875.

Fuí llamado á asistir á la paciente, quien me manifestó que se hallaba indíspuesta hacia ya mas de un año.

El caso había sido declarado como de aquellos que no admiten operacion; deseaba enterarse de su verdadero estado; mas, siendo desatendida por su médico y econtrándose bajo la presion de terribles sufrimientos, me pidió le hiciese conocer su verdadero estado.

La paciente tiene 19 años y menstrúa normalmente desde los 15 años.

Hace cerca de un año empezó á sentir dolores en el costado derecho, con hinchazon del abdómen, y á consecuencia de esto, un decaimiento de fuerzas, por lo cual habia sido tratada en la Provincia de Corrientes, algunas veces con medicamentos internos, otras con ungüentos y hasta con innumerables cáusticos. Sin que esto le haya proporcionado alívio alguno notable, se le aconsejó se trasladase á Buenos Aires, á fin de consultar opiniones médicas mas acertadas. Aquí ha sido visitada en consulta por varios médicos, quienes, habiendo espresado su opinion, de que la enfermedad tenia su oríjen en la formacion de un tumor del epiplon, y que no se podria operar sobre él con esperanzas de un éxito feliz, la deshauciaron.

El aspecto de la paciente es el de una persona pre-

maturamente avanzada en edad, delgada, apergaminada, ojos hundidos, con señales indelebles de fuertes padecimientos, aunque en otras épocas estaba gorda y de buen color.

Hace unos diez y ocho meses empezó á sentir dolores en el costado derecho, y poco despues se dejó percibir un tumor redondo, duro y movedizo, el que ha seguido aumentándose hasta el presente.

En la misma proporcion en que ha aumentado ó crecido el tumor, ha disminuido su salud y su apetito.

Hasta la fecha, la vida le ha sido muy penosa, la muerte le seria casi un placer.

El apetito de la paciente es variable; durante la noche, suda, duerme poco, se queja de dolor al moverse el vientre, y cuando se le comprime con la mano,—pulso 110,—respiracion acelerada,—corazon latidos normales—riñones sanos, en cuanto nos lo demuestra el exámen de la orina,—abdómen muy distendido con ascitis.

Se puede percibir el tumor, apesar del áscitis,—el tumor es movedizo y se inclina hácia el costado derecho. La matriz en estado virjinal, pequeña y dura,—un tumor duro se presenta á la mano en la pélvis derecha y próximo al costado derecho de la matriz y cuyo movimiento parece distinto al toque del dedo en la vagina, cuando se oprime hácía abajo con la mano; al exterior el útero se siente libre, alcance de la sonda, normal,—no siente dificultad al orinar. Fué visitada en consulta por los señores doctores Mac Donald, Finck, Quinche y Rawson;—se alivió el ascitis por la puncion, y la preciasen de un tumor ovarico redondo del ovario derecho, duro y algo nodulado, con pedículo largo fué diagnosticado, cuya naturaleza se sospechaba ser cancerosa. Pronóstico fatal, á consecuencia de la rapidez de la reaparicion de la ascitis, su supuesto carácter maligno y la fiebre existente. Se creyó conveniente, sin embargo,

proceder á la ovariotomia, á fin de prolangar la vida, con tal que así fuese el deseo de la paciente.

Trascurridos unos diez dias, el estado de la paciente, llegó á ser tan insoportable, tanto á ella misma, cuanto á sus amigas, que clamaba que se le practicára la operacion capital, con preferencia á la paracentesis.

A su solicitud, se dió principio á la operacion el dia 26 de Mayo de 1875, en su casa habitacion, calle Moreno,—Ciudad de Buenos Aires,—á pedido del Sr. Dr. Alston, y en presencia de los señores doctores Mac Donald, Finkc, Quinche, Stewart y algunos estudiantes de la Facultad de Medicina de esta Ciudad. Se practicó la incision vertical en la línea alba, y despues de una diseccion muy prolíja, se abrió el peritoneo, dejándose escapar una cantidad bastante considerable de un fluido seroso, por una abertura pequeña, la que despues se enancho hasta unas tres pulgadas.

El peritoneo presentaba un color encarnado vivo, tanto visceral como parietal. y el tumor estaba cubierto de un repliegue del mismo vivo color,—no presentó punto ninguno de fluctuacion superficial, el pedículo era largo, despues de alguna dificultad fué recibido por la abertura ya efectuada. Se hizo uso del clamp,—el tumor fué separado sin dificultad,—se aplicó el percloruro de hierro al pedículo, habiendo ya de antemano vaciado el abdómen del derrame ascítico se cerró la incision, profunda con alambre de plata y la piel con hilo de seda, en seguida, se secó cuidadosamente y por completo el abdómen y sobrepuesto con algodon de lana, fajándolo todo, por último, con flanela.

Quedó así concluida la operacion, habiendo estado la paciente bajo la influencia del cloroformo, durante 25 minutos.

El tumor, segun diagnóstico, fué formado por un cáncer encefaloideo abrazando todo el ovario derecho.—Ovario

izquierdo sano,— matriz sana,— peritonitis con efusion, coexistente.

Se hizo guardar cama á la paciente, administrándole una opiada por el rectum.

Mayo 27: pasó una noche tranquila,- no sintió dolores agudos,—pulso 90,- buen apetito,—lengua limpía,—poca sed. –se extrajo orina con el cateter.

20: Se siente mejor que ayer,—alegre, no siente dolor, apetito regular,- pulso 100,—poca sed,- lengua limpia.

29 *de Mayo*; Igual al dia de ayer.

30 *de Mayo:* Cicatrizándose la herida superficial y segun las apariencias todo sigue bien.

1° *de Junio:* Se halla muy alegre,—buen apetito,—lengua límpía y colorada,—pulso 84, ninguna sed,—la única faz que el caso presenta en contra, es una cierta cantidad de fluctuacion, la que demostraba la reaparicion de la asitis.

2 *de Junio:* Reventáronse las puntadas inferiores de la herida, dando por resultado una efusion líbre de serosidad de la cavidad abdominal, límpido y de color pajiso. Se quitó el clamp hace dos dias,—lábios de herida asegurados con suturas fuertes y fajas bien aplicadas.

Durante el tratamiento de este caso, se dejaron entreveer ciertas esperanzas de poderlo conducir á un resultado feliz, hasta el dia 16 de Junio, cuando fué atacada de disenteria, y sobrevinieron deposiciones mucosas, lo que desgraciadamente puso fin á su existencia, el dia 18 de Junio, ó sean veinticuatro dias desde la fecha de la operacion.

La paciente, hasta en sus últimos momentos, espresaba hácia nosotros su agradecimiento, por el gran alivio que le habia proporcionado la operacion, y aún tuvo la valentía de afirmar, que hallándose aflijida de nuevo, con igual ó semejante enfermedad, que de gusto se someteria á igual tratamiento.—*Dr. Alston.*

Caso núm. 5

QUISTE DEL OVARIO.—OVARIOTOMIA

FELIZ RESULTADO

En Junio de 1874, la Sra. C...., partera, de 38 años de edad, se presentó en mi estudio para consultarme respecto á un tumor que se desarrollaba en su vientre y cuya primera observacion no databa sinó de algunas semanas.

No existia aumento en el volúmen del vientre y ningun dolor se habia hecho sentir. Por otra parte, gozaba como siempre de buena salud y su menstruacion era regular. Esta señora habia tenido dos hijos.

Por la palpacion abdominal se percibia un tumor liso, redondeado, tenso sin retinencia, depresible y elástico. Su volúmen era el de una cabeza de feto á término, teniendo su asiento en la region ilíaca derecha. La presion no despertaba dolor alguno y era fácil comprimiendo en uno y otro sentido hacerlo cambiar de lugar hasta la fosa ilíaca izquierda ó bien hacerlo ascender hasta el ombligo. Se podia igualmente comprimiendo de arriba hácia abajo ponerlo en contacto con el fondo de saco lateral derecho de la vagina y con un dedo introducido en ésta, percibir claramente la fluctuacion. Así pues, en vista de la fluctuacion, indolencia ʎ demás caracteres del tumor, diagnostiqué un quiste provisto de un largo pedículo.

Algun tiempo despues volví á observar esta enferma,

teniendo la oportunidad de confirmar mi diagnóstico: el tumor habia aumentado algo de volúmen y la fluctuacion era entónces muy manifiesta en uno y otro lado del abdómen. En vano se emplearon los revulsivos cutáneos, baños escitantes, las bebidas sudoríficas, los diuréticos; el tumor seguia su marcha patológica sin perturbar en nada la economia de la enferma, pues todas las funciones orgánicas se habian conservado en estado fisiológico.

Sin embargo, en el mes de Diciembre se manifestaron dolores en la region renal, pesadez en el vientre, que habia aumentado de volúmen; la menstruacion era penosa y comprimiendo el tumor se despertaba el dolor. La enferma esperimentaba punzadas en el lado derecho del vientre, su apetito algunas veces disminuia y desde ese momento tuvo que sufrir varias veces escalofrios y fiebre acompañada de vómitos y dolores espontáneos en el hipocondrio derecho. Algunas ocasiones durante estos accesos, le era imposible sufrir el menor contacto y en muchos casos fué necesario combatir los síntomas de peritonitis localizada, por medio de cataplasmas, los opiáceos y las fricciones mercuriales. Despues de trascurridos estos ataques inflamatarios, la enferma volvia á sus tareas habituales, pero la marcha se hacia penosa y provocaba con frecuencia dolores. Era muy evidente que el tumor se inflamaba y se habría entonces podido señalar con el dedo los puntos en que se determinaban las adherencias, con solo delimitarlos teniendo en cuenta los dolores en los momentos de los accesos febriles.

En Enero de 1877 los dolores se hacian intolerables y la enferma se hallaba muy enflaquecida. El vientre media 94 centímetros de circunsferencia. La digestion ya no se hacia y la marcha era imposible á causa de los dolores que ocasionaba. La enferma exigia la operacion.

Consultados los Dres. Duchesnois, Herrera Vegas y Simon, se practicó el 13 de Enero con el aparato de Potain una puncion que dió salida á un líquído color castaño claro en cantidad de 17 cuartas.

A principios de Julio del mismo año, el vientre había adquirido un enorme desarrollo, todos los movimientos se hacian con dificultad, la menor presion era insoportable, habia tambien disnea, inapetencia, constipacion, enflaquecimiento, insomnio, escalofrios repetidos y fiebre.

Cediendo á las instancias de la enferma, que pedia la operacion y despues de haber consultado á los Doctores Duchesnois, Golfarini, Pastore, Argerich, Herrera Vegas, Simon y el Sr. Madaune, procedí á efectuarla el 16 de Julio, próximamente una semana despues de la funcion menstrual. Se habia vaciado el intestino por dósis repetidas de aceite de ricino administrado durante tres dias y ordenado un enema de híel de buey en la mañana de la operacion.

Se trataba pues, de un quiste simple unilobular con numerosas adherencias. El contenido segun la primera puncion y teniendo en vista las frecuentes inflamaciones, debia ser espeso; lo que viene en apoyo de esta idea es que la fluctuacion no era tan manifiesta ni tan franca como antes.

Todas estas cuestiones fueron dilucidadas con mucha precision, porque importa mucho en este género de operaciones determinar en lo posible el estado anatómico del tumor á fin de resguardarse sériamente contra la penetracion de la menor gota de líquido quístico en el peritoneo. En efecto, no debe ignorarse que si el derrame de sangre en esta serosa no deja de ofrecer peligros, el contacto de líquidos purulentos con la misma, es lo mas á menudo mortal.

La enferma colocada en decúbito dorsal, tiene las dos piernas separadas y mantenidas sobre el borde de la cama.

Se la cloroforma y se practica el cateterismo de la vejiga. Se incinde la piel sobre la línea blanca en una extension de 11 centímetros y á una distancia igual del púbis y del ombligo. Una vez bien secada ia herida y comprimidos con pinzas de Pean los pequeños vasos, se abre el peritoneo. El tumor está adherido á los bordes de la herida. pero con el auxilio de la mano introducida suavemente debajo de la pared abdominal se consigue fácilmente romper las adherencias de cada lado en la estension de algunos centímetros. Se practica la puncion del quiste y la aspiracion del líquido que sale de un color chocolate; su cantidad era de 27 cuartas. Se le hace pasar en una damajuana en la que se practica el vacío, con el fin de acelerar la salida del líquido.

Los bordes de la herida están guarnecidos con toallas, y los ayudantes comprimen suavemente de cada lado las paredes abdominales. Se hace traccion sobre el quiste por medio de pinzas chatas; el saco parece muy friable, por cuya razon se obra con prudencia.

Ya se habia conseguido traer al esterior una débil porcion del tumor, en la que estaba comprendida la parte en que el trócar evacuador habia penetrado, cuando se notó que se producian rupturas en el lugar donde estaban aplicadas las pinzas chatas; se hizo igualmente una ancha desgarradura en el punto en que habia penetrado el trócar. Este tiempo de la operacion fué muy difícil y podía comprometer el resultado de la misma, pues el líquido salia rastreando de diferentes puntos para inundar el abdómen y de allí habria podido penetrar por la incision en el peritóneo; es inútil insistir sobre el peligro de esta penetracion. Pero los ayudantes provistos de toallas y esponjas mantenian hábilmente cerrada toda comunicacion. Se habia ligado con gruesos cordones las aberturas principales para no seccionar las paredes frágiles del tumor. Se colocó el trócar en otro punto y se continuó la

operacion, habiendo la enferma evitado en ese momento verdaderos peligros de peritonitis.

Se evacua gradualmente el contenido del quiste, pero el saco permánece sólidamente fijado en el abdómen, percibiéndose las adherencias en todas partes. Se introduce entonces la mano y se diseca el intestino en la fosa iliaca izquierda y el epiplon hácia la parte media del abdómen. Las adherencias tomadas aisladamente no son muy resistentes y se asemejan á las que se han producido recientemente á consecuencia de inflamaciones; es asi que el intestino puede ser aislado por el solo trabajo de los dedos en una estension próximamente de 20 centímetros; igual cosa acontece con el epiplon. Un pequeño rocío sanguíneo acompaña estes desprendímientos y por medio de esponjas se absorbe la sangre á medida que ella surje.

Llegamos hácia el flanco y la fosa iliaca derecha y la operacion se hizo mas laboriosa, pues existian numerosas y anchas adherencias entre el tumor y la pared abdominal; aquellas eran muy espesas, fibrosas y resistentes. Se consiguió deslizando la espátula debajo de ellas y tomándolas por pequeñas porciones, separarlas susucesivamente hasta en la fosa iliaca. Las adherencias eran poco vasculares y la pequeña cantidad de sangre que salia, era absorbida por medio de esponjas á medida de su aparicion. Despues de tres horas de trabajo penoso se logró estraer el tumor. La enferma habia soportado con alguna dificultad cloroformo, pero el pulso era bueno y regular. Se halló un pedículo muy largo de 10 á 12 centímetros, lleno de pequeños quistes, habiéndose desarrollado uno de estos en su misma raiz. Este último fenómeno hizo en realidad el pedículo muy corto porque fué necesario hacer algunas tracciones á fin de que el quiste referido no molestase. Se encontró completamente sano al ovario izquierdo.

Practicando la toilette del peritoneo se encontró una gran cantidad de sangre en la pequeña pélvis, habiéndose acumulado aquella en el repliegue recto-uterino. Esta sangre fué estraida por medio de esponjas colocadas en pinzas de Pean.

Terminada la limpieza de la cavidad abdominal, se aguardó algunos instantes que permitieron observar que la sangre surgía lentamente. Se secó nuevamente la cavidad peritoneal para esperar otra vez y se procedió así hasta que el líquido menos coloreado se hizo seroso y por último hasta que la mísma serosidad hubo desaparecido. Este tiempo de la operacion, tiempo de paciencia, duró cerca de dos horas. Se mantenian toallas tíbias aplicadas sobre el abdomen y los bordes de la herida eran tenidos en contacto uno de otro para evitar la accion del aire sobre el peritoneo y su consiguiente enfriamiento. Atribuyo en gran parte el éxito de la operacion al cuidado tomado para evitar completamente la permanencia del líquido en la cavidad pelviana. Habia visto algunos meses antes á Mr. Pean en un caso muy complicado de gastrotomía, en un caso en que las adherencias eran numerosas y vasculares, dejar en la cavídad abdominal varias de sus pinzas hemostáticas y no cerrar la herida sinó 30 horas despues de la operacion y comprendí entonces que una vez terminada esta y cuando la enferma ha soportado el traumatismo, el peligro no existe en el mismo dia sinó en el siguiente y sucesivos; el mayor peligro deriva de los líquidos que se producen y que no pudiendo ser sustraidos provocan la inflamacion.

A las 2 de la tarde, es decir, cinco horas despues de la abertura del abdómen y dos horas despues de la estraccion del tumor, se reunieron los bordes de la herida por medio de suturas profundas y superficiales; las primeras se hicieron con hilo de seda, las segundas con alfileres. El pedículo fué mantenido afuera de la

parte inferior de la herida por medio de alfileres fuertes, dispuestos en forma de cruz de San Andrés; debajo de esta se practicó una fuerte estriccion con un hilo vejetal. Conviene recordar tambien que resequé en el abdómen un ancho colgajo fibroso, poco vascular y resultante de las adherencias. Se tocó el pedículo con percloruro de hierro.

Se aplicó sobre el vientre una regular capa de algodon sostenida con un vendaje apretado moderadamente, el cual inmobiliza la pared abdominal. Se aplica vejigas de hielo y se practica nuevamente el cateterismo de la vejiga. La enferma fué trasportada con precaucion á la cama, teniendo las piernas en semi-flexion y sostenidas por almohadillas. El pulso late á 92, es lleno y regular. Dolores vivos al nivel del pedículo lumbago. A las seis de la tarde el pulso dá 96, el estado general es satisfactorio, sed viva; se la consiente la ingestion de algunos pedazos de hielo. Fuertes dolores abdominales bajo forma de cólicos. De 6 á 7 p. m. completa tranquilidad. A las 9 p. m. P. 96; piel en buen estado; T. 37°9. Cateterismo vesical que evacúa orinas bastante abundantes. A las 11 p. m. un poco de sueño, pero los dolores intensos de los lomos y del pedículo despiertan á la enferma.

17 *de Julio;* 3 *de la mañana.* La enferma habia dormido durante dos horas muy tranquila desde la media noche. P. 92, T. 37°7 (bien observada). Cateterísmo vesical. Buena fisonomía, lengua húmeda, lábios coloreados y ningun dolor. Se le dán algunas cucharadas de caldo frio.

9 *de la mañana.* T. 37°6, cateterismo vesical. *A medio dia:* P. 92. Sigue bien pero se queja de dolores lumbares muy violentos que se irradian en los miembros inferiores, muy especialmente en el derecho; dolores al nivel del pedículo.

5 *y media p. m.* Cateterismo vesical; P. 88; está débil y se permite frecuentemente caldo frio y tambien algunas cucharadas de vino añejo. Las almohadillas se habian movido y los dolores que se irradiaban en las piernas eran muy vivos; desaparecieron una vez aquellas bien arregladas.

9 *p. m.* P. 96, T. 38°6. Ha tomado caldo y vino en cantidad moderada. No existe meteorismo abdomínal y la presion moderada no provoca dolor sinó al nivel del pedículo. Los dolores lumbares y renales vuelven nuemente bajo formas de cólicos intermitentes y atormentan mucho á la enferma, pero en los intérvalos goza de un completo reposo y el estado general no parece resentirse de los sufrimientos. Es posible que el ópio hubiera hecho desaparecer los dolores, pero se creyó preferible abstenerse de toda medicacion, para no secar la lengua ni disminuir el apetito que era muy acentuado y quizá por el temor de congestionar los vasos abdominales.— 10 *p. m.* P. 96.

18 *de Julio; una y media de la mañana.* P. 96, T. 38°5. Existen siempre pocos dolores bajo forma de cólícos en las regiones renales. 9 *a. m*: P. 84, T. 37°7. Ha descansado, todo sígue bien, se quita un hilo en la parte superior y la cicatriz de la herida está en buen estado. 11 *y media a. m.* P. 92.—3 *p. m.* P. 88, T. 37°9 Cateterismo vesical. Sigue bien; ha tomado un caldo liviano y chupado una costilla con buen apetito. 9 *p. m.* P. 99, T. 38°4. Continúa bien, vientre indolente á la presion, algunos cólicos acompañados de gorgoteo. Caterismo vesical.

19 *Julio;* 3 *y media a. m.* Ha dormido mejor que nunca cuatro horas seguidas; buena fisonomía; lengua en buen estado; ninguna timpanizacion, vientre indoloro sinó al nivel del pedículo. P. 92, T. 38°3. — 8 *y media a. m.* P. 92 T. 38°3. Cateterismo vesical. Se quitan tres hi-

los de la sutura. Se aplica la sutura seca colodionada. El pedículo está marchito.—4 *p. m.* P. 92 T. 38°8; buen apetito; ha tomado caldo y un huevo pasado por agua; dijiere muy bien. Desde la víspera de la operacion no ha habido evacuaciones, por cuya razon se prescribe un enema con media hiel de buey, glicerina y agua. 9 *y media p. m.* P. 92, T. 38°. No ha evacuado sinó el enéma; algunos gorgoteos; poco dolor al nivel del pedículo; igual deseo de comer; ha tomado caldo, un huevo pasado por agua y chupado la carne; se halla bien.

20 *de Julio*, 8 *y media de la mañana*: P. 88 T. 38°6. Ha dormido; cateterismo vesical; apetencia.—9 *y media a. m.* P. 92, T. 37°9. El resto de la noche ha estado bien; los dolores desaparecen al nivel del pedículo y en los lomos. Tiene apetito. Se practica el cateterismo vesical. Nuevo enema de hiel de buey.—4 *p. m.* P. 92, T. 37°7. El enema ha sido evacuado con algunas materias fecales. Ha orinado sin el cateterismo por la primera vez despues de la operacion. Se observa en la vulva un lijero flujo sanguíneo. El estado general bueno; apetito habitual; alimentacion lijera.

21 *de Julio*, 10 *de la mañana*: P. 80, T. 37°9. Ha dormido bien; ha orinado tres veces; sigue bien; igual flujo vulvar, con la particularidad digna de mencionarse, y es que una vez comenzada la mixion las orinas salen contra la voluntad de la enferma. Quizá podria admitirse como causa del fenómeno del flujo sanguíneo por la vulva, la congestion uterina producida por el traumatismo, las tracciones de los ligamentos anchos y el frote de las esponjas para hacer la toilette del peritoneo. Evacuacion alvina abundante despues de un enema.—3 *p m.* P. 84, T. 38°; sígue bien; 9 *p. m.* P. 90, T. 33°8; se ha alimentado. Existe alguna inflamacion sobre el trayecto de los alfileres y la herida abdominal está algo dolorosa. Hay supuracion al nivel del pedículo marchitado y en este mismo lugar una lijera de-

presion infundibuliforme que comienza á supurar. Se hace la curacion con hilas fenicadas y se aplica algodon. Continúa la aplicacion del hielo sobre el abdómen.

22 *de Julio*, 8 *de la mañana*: P. 84, T. 38°. Se quitan los alfileres y los hilos, observándose la piel reunida por primera intencion, salvo en el espacio de dos centímetros arriba del pedículo, punto en que se aperciben granulaciones muy vivaces. Se aplica una sutura seca, colodinada que consiste en dos vendas de tela pegadas con colodion una en el lado derecho de la herida y la otra en el lado izquierdo; basta entonces hacer pasar hilos de una á otra venda para aproximar la piel y poner en contacto los bordes de la herida y mantener, al mismo tiempo, la pared abdominal. Se renueva dos veces por dia la curacion, porque el pus tiene bastante olor y se lava con una solucion fenicada.

23 *de Julio:* T. 37°7 P. 84.

24 *de Julio:* P. 84, T. 37°7 á las 8 de la mañana; 6 *p. m.* P. 64, T. 37°7; sigue bien.

25 *de Julio*, 9 *a. m:* P. 64, T. 37°5; 6 *p. m.* P. 84, T. 37°6. Desde el 21 no ha tenido evacuacion alvina.

26 *de Julio*, 9 *a. m:* P. 64, T. 37°5. Evacuaciones mediante un enema.

27 *de Julio:* P. 58, T. 37°2. Desde hace dos dias se disminuye el hielo que está reducido á una pequeña bolsita, y esta determinacion me es sujerida por el descenso de la temperatura. En efecto, en todo traumatismo tratado por el frio, se puede esperar para suprimir el empleo del hielo el descenso de la temperatura.

28 *de Julio:* Continúa bien; la cavidad infundibuliforme á donde estaba el pedículo se cubre de botones carnosos. P. 64, T. 37°2. El apetito es bueuo; las fuerzas renacen y la enferma pide el permiso para levantarse.

29 *de Julio:* P. 58, T. 37°4, á las 8 *a. m.*—P. 81, T. 38°, á las 6 *p. m.*

30 *de Julio:* P. 64, T. 37°7. Ha evacuado despues de un enema.

31 *de Julio; mañana:* P. 64, T. 37°2.—Tarde: P. 64, T. 37°2,

1° *de Agosto; mañana:* P. 64, T. 37°2. Hay un poco de tenesmo vesical. Tarde: P. 72, T. 37°4. Se suprime el hielo.

2 *de Agosto; mañana:* P. 72, T. 37°2.—Tarde: P. 84, T. 37°6.

3 *de Agosto; mañana:* P. 72, T. 37°3.—Tarde: P. 72, T. 37°6.—Evacuacion por medio de un enema.

4 *de Agosto; mañana:* P. 72, T. 37°2. Existen todavia algunos dolores que se radian al miembro inferior derecho.—Tarde: P. 84, T. 37°2.

5 *dé Agosto; mañana:* P. 72.

6 *de Agosto:* La herida al nivel del pedículo se llena y no supura casi nada. En los dias 7, 8, 9 y 10 continúa bien y el 18 vé aparecer su menstruacion.

Exámen del tumor

El tumor consiste en un gran saco de paredes bastante espesas, de coloracion blanco lardácea, de poca resistencia y que se desgarra con la mayor facilidad. Se pueden observar sobre casi toda su superfície numerosas equímosis, rastros de las numerosas bridas que la adherian á las partes circunvecinas. Es bastante liso esteriormente, pero toda la cara interna del saco está tapizada por otros tumores, que no son otra cosa que quistes suspendidos en dicha superfície y germinando en su seno. Estos tumores accesorios varían de volúmen desde el de un grano de mijo hasta el de un huevo de gallina; el líquido que contienen

está menos alterado que el del gran saco, su color es mas citrino, y parece tambien menos viscoso. Estos diversos tumorcitos están aislados los unos y aglomerados los otros, á tal punto, de asemejarse por su volúmen á racimos de uva.

La trompa de Falopio ha sido estirpada conjuntamente con el tumor. Está alterada y no se distinguen ya los rastros de su pabellon. Insuflando el aire en su conducto se descubre que este no es permeable en su porcion esterna. Se encuentra en la parte media de la trompa un pequeño quiste trasparente.

En la estremidad esterna del ovario se encuentra tambien un quiste accesorio del volúmen de huevo de paloma; parte de este último un apéndice fibroso largo de 7 á 8 centímetros, del tamaño de una pluma de ave y que tiene tambien un quiste del volúmen de un huevo de pajarito. Hemos observado ya que el pedículo habia sido fuertemente traccionado para traer al esterior un quiste que se habia desarrollado en la parte superior del ligamento ancho.

DR. DEFOIX.

Caso núm. 6

CASO DE OVARIOTOMIA

Fecha de la 1ª visita:—Marzo 18 de 1877.
Apellido - R.
Edad – 38 años.
Domicilio—Buenos Aires.
Casada ó soltera—Casada.
Edad de casamiento—A los 22 años de edad.

Familia—Ninguna.
Abortos—Idem.
Asistente médico—Idem, no ha precisado nunca.
Aspecto general—De salud, bien mantenida y robusta.
Tez:—Blonde, complexion algo rosada.
Emaciacion—Ninguna, pero no tan gruesa como anteriormente.
Costumbre de vida—Regular en todo.
Superficie del cuerpo—Suave, libre de afecciones, pero existe un pequeño tumor subcutáneo en la region iliaca derecha.
Temperatura—Fisiológica.
Traspiracion—Natural.
Hinchazon glandular—Ninguna.
Erupciones—Ninguna, de jóven padeció de erupciones dartrosas en la cara.
Ulceras—Ninguna.
Venas varicosas—Idem.
Edema—Idem.
Areola mamaria—Natural.
Ocupacion—Casera ó ama de llaves.

Fecha 18 *de Marzo.*

Circunferencia de ombligo $38\frac{3}{4}$ pulg. $39\frac{1}{4}$–$\frac{1}{2}$–$\frac{1}{2}$.
Ensiforme cartilag. á id $9\frac{1}{4}$–$26\frac{1}{2}$–$31\frac{3}{4}$.
Ombligo á Pubis $6\frac{1}{8}$–26 $6\frac{1}{2}$–31 7.
Espina antero superior derech. á umbilicus 11–$9\frac{1}{4}$ $8\frac{3}{4}$–10.
« « « izquierda á « $9\frac{1}{2}$–$9\frac{7}{1}$–$9\frac{1}{2}$.
Movilidad del tumor—Casi imperceptible.
Evidencia de adhesion—Ninguna.
Espesor de las paredes abdominales—Pared abdominal

gruesa, ninguna opinion sobre las del tumor, perfectamente liso, no se descubre desigualdades.

Línea Alba—Natural, no señalada.

Venas—Id, tanto de las estremidades como abdominal.

Fluctuacion—Distintamente enquistado, ningun peritoneal, el tumor se siente semi-elástico al tocarlo.

Impulso (??)—Bien marcado y fuerte.

Crepitacion—Ninguna.

Sensibilidad –Idem.

Percusion –Claro, casi imperceptible encima del pubis, umbilical y cara anterior del tumor.

Auscultacion –Ningun signo, salvo impulso aortico.

Efectos de la presion sobre otros órganos—No hacen mover el tumor.

Situacion de la matriz, anormal.

Cavidad-cuello—Matriz alzado en pelvis: cuello, natural.

Desviacion—Parece que la matriz fuera elevada; cuello dirígido hácia atras, sonido uterino se paró al os interno. Sonda elástica penetró hasta 3 pulgadas hácia adelante.

Movilidad—Es movible, pero muy apretado.

Vagina –El tumor la oprime hácia abajo por todos lados.

Recto—Normales, cuello y os uteri sentido entretejidos rectales, segun averiguado del exámen.

Genitales—Esternas, natural.

Catamenia—Regular en tiempo, cantidad y color.

Principio é Historia—Principió á la edad de 14, años dolor grande durante los primeros años de su duracion, pero despues, siempre con buena salud, por muchos

años no ha sentido dolor ninguno ni antes ni con la menstruacion.

Leucorrea—Ninguna.

Condicion de los órganos urinarios - Jamás en tiempo alguno han motivado causa de inquietud. Orina subida libre de albúmen, deposito térrea, sangre y moco.

Digestion—Siempre ha sido buena, salvo los casos cuando por un pequeño descuido de dieta ha sido alterada Tendencia á ser biliosa pero nunca ha sido enfermiza.

Circulacion—Normal: pulso normal y regular, corazon y demás vasos grandes normales.

Sistema nervioso —Normal, siempre ha sido nerviosa y sensitiva.

Organos respiratorios—Sanos.

Parentela – Sana: su padre muerto, vive aun su señora madre, su hermano y hermana; una hermana falleció despues de haberle hecho una operacion por tumor del ovario del costado izquierdo, los demás miembros de la familia, sanos.

Modo de vivir– Sencillo.

Causas morales - Pocos disgustos ha tenido y pasa su vida tranquilamente.

Enfermedades anteriores—Ningunas: una sola vez un ataque ligerísimo de reumatismo articular.

Desgracias—Uno que otro golpe de caida de á caballo, años atrás, pero de cuyas circunstancias jamás esperimentó resultados malos.

Primer indicio de salud alterada—No tiene, ni nunca ha tenido.

Dolor en la ingle ó pelvis—Ninguno, ni ahora ni anteriormente.

Peso Vaginal—Sentimiento de depresion.

Depresion Vaginal—Unicamente durante el mes pasado.

Presion sobre vejiga—Ninguna.

Torpeza de los miembros inferiores Ninguna.

Constipacion—Padeció algo de eso, hará unos 5 ó 6 años.

Dolores de pecho—Ninguno.

Náusea—Idem (de cuando en cuando sí.)

Descubrimiento del tumor—La paciente siempre ha sido lo que llaman *barrigona*, haciéndose mas notable la dimencion de este órgano durante los últimos once meses, más aun en los dos que precedieron la operacion.

Grado de crecimiento –Como digo mas arriba aumentó en los dos últimos meses.

Sensacion de movimiento—No ha sentido ninguna.

Agravacion—Ninguna.

Dysnea—Ha sentido alguna vez, principalmente al caminar ligero y al subir ó bajar escaleras.

Timpanitis—Ninguna, pero tiene tendencia á flatulencia.

Ataque febril—Ninguno.

Inflamacion peritoneal—Idem.

Ascitis—Idem.

Utero—Idem.

Secrecion Vaginal –Idem.

Idem de la vejiga—Ninguna.

Paredes abdominales –Idem.

Rupturas espontáneas—Idem.

Tratamiento Idem.

Fecha de paracentesis—Idem.

Cantidad de fluido estraido – Idem.

Diagnóstico –Tumor, ovario izquierdo.

Pronóstico—Favorable.
Tratamiento general—Ninguno.
Médico ó cirujano—Idem.

Fecha 27 de Abril de 1877

En donde se practicó—Buenos Aires, casa de altos.
Nombres de los médicos—Doctores Macdonald, Finck, Aberg, Herrera y Sr. Mulcahy.
Anestésico – Cloroformo.
Nodriza –Señora de P.
Incision –Una recta de 10 centim. línea alba.
Adhesion—Ninguna.
Puncion del Quiste—Hicieron la puncion de varios quistes sin sacar el trocar.
Estirpacion del tumor –Completamente.
Pediculo, su tamaño –Corto, grueso y ancho.
Relacion del utero al tumor –A la izquierda.
Asegurado por—Clamp de Spencer Wells.
Hemorragia –Ninguna.
Ovario opuesto—Sano.
Utero –Idem.
Clausura de herida –Las hondas suturas por alambre de plata, las superficiales con cat. gut. (intestino de gato.)
Observaciones sobre la operacion –Paredes abdominales cubiertas por una capa espesa de tejido adiposo.
Comparacion del Diagnóstico con resultado de la operacion Quiste multilobular, algunos de los médicos habian diagnosticado un quiste unilobular.
Cantidad de fluido estraido – 13 ½ cuartas.
Peso de la parte sólida del tumor – 1 ½ lbs.

35 lbs.

TRATAMIENTO

DIA Y FECHA	HORA	CONDICION	REMEDIOS ETC.	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION
1877—Abril 27	7 1[2 p. m.	Húmeda, buena.	Hielo, estraccion de orina, una cuarta.	99.40 Farenheit	88	—
» 27	10 p. m.	Id	Orina estraido 1 pint. 1[2 fr. suposito.	99.60 »	94	—
» 28	5 a. m.	Indispuesta, mal estómago.	Agua de soda, hielo y leche.	99.40 »	88	—
» 28	11 a. m.	Id	Orina id. 2 dracmas cognac.	99.20 »	94	—
» 28	4 p. m.	Id, flatulenta, sin dolor.	Hielo.	100.20 »	90	—
» 28	9 p. m.	Id, vómitos, agua y leche, orina escasa.	Hielo—supositorio con morfina.	100.10 »	96	—
» 29	1.20 a. m.	Eructos naturales, ha dormido bien.	Hielo.	99.20 »	95	—
» 29	4 a. m.	Se siente mejor, eructos menos, orina 1[2 pint.	Hielo.	98.60 »	104	—
» 29	1 p. m.	Con sed, ningun eructo, siente dolor.	Hielo.	99.80 »	100	—
» 29	9 p. m.	Ningun dolor, sed, sintió caluriento, escasa orina, ácido, ningun eructo.	—	100.20 »	114	—
» 30	8 a. m.	Vomitó dos veces á las 10 p. m., desde esa hora ha dormido; sudaba: Le sobrevino el menstrúo á las 7 a. m. en estado normal.	Hielo y un poco de té frio.	99.80 »	104	—
» 30	4 p. m.	El té y caldo de pollo le ha sentado bien.	Hielo, té y caldo.	99.90 »	104	24

DIA Y FECHA	HORA	CONDICION	REMEDIOS ETC.	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION
1877—Abril 30	9 p. m.	El té y caldo de pollo le ha sentado bien, alivio al estómago, sed ninguna, disposicion de comer, orina escasa.	Hielo, caldo de pollo, supositorio con 1[2 gr. morfina.	99.60 Farenheit	106	—
Mayo 1°	8 a. m.	Pasó buena noche, cútis húmedo, orina escasa.	Caldo, té, hielo, tostadas de pan.	99.20 »	98	22
» 1°	3 p. m.	Digestion buena, orina escasa.	Id. id. id. id. id.	100.40 »	90	—
» 1°	10 p. m.	Se siente bien.	Id. id. id. id. id.	99.90 »	95	20
» 2	9 a. m.	Id	Id. id. id. id. id.	99 »	90	20
» 2	3 p. m.	Herida curada, en buena condicion.	Id. id. id. id. id.	99.40 »	86	20
» 2	8 p. m.	id id	Caldo con yema de huevo (supositorio).	99.80 »	86	20
» 3	9 a. m.	Como dia 2—menstrúo cesó desde 7 a. m., se queja de dolor en la pierna izquierda.	Como anteriormente.	98.60 »	90	20
» 3	3.30 p. m.	Espíritu abatido, histérico, vuelta la menstruacion.	Pan y agua, 1[2 dieta, herida atendida, 1[2 onz. coñac.	99 »	106	20
» 3	8 p. m.	Se siente mejor, orina escasa.	Véase arriba.	100.40 »	106	20
» 4	8.30 a. m.	Se halla mejor despues del beefsteak de ayer, ha dormido bien, orina escasa.	Id. y que se continúe el Beefsteak.	98.90 »	98	19
» 4	3 p. m.	Pierna izquierda, algo hinchada entre ingle y pantorrilla pero no hay edema.	Id. id. id.	98.90 »	98	19

DIA Y FECHA	HORA	CONDICION	REMEDIOS ETC.	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION
1877—Mayo 4	8 p. m.	En general, se siente bien, pero se queja de dolor en la pierna izquierda y muslo, pero ningun dolor al apretarla, buen apetito: ha despedido gases del intestino.	Supositorio, vino y coñac.	101.40 Farenheit	104	—
» 5	8.30 a. m.	Ha pasado buena noche, orinó, ningun dolor, sinó al mover la pierna, lengua limpia.	Agua blanca y opio para uso esterno, dieta como arriba manifestada, enema sen.	98.40 »	94	—
» 5	3 p. m.	Como anteriormente, pierna menos hinchada, han sido removidas todas las suturas hondas y parece que la herida ha cicatrizado bien el enema no ha producido efecto.	Se repetirá el enema á las 6 p. m. en 1|2 onza jabon de España.	99.60 »	100	—
» 5	8 p. m.	Se siente bien, el enema no ha hecho sino estraer una pequeña cantidad de sedimento fecal, despues de haber sido retenido por 20 minutos, ha dormido bien.	Ningun supositorio.	101.40 »	106	—
» 6	8.30 a. m.	Durmió bien, no ha tenido deposicion.				
» 6	7.30 p. m.	Ha tomado varias veces bebidas salinas, lo que no ha movido el	Se limpió el pedículo y partes cercanas y ordenado bebidas salinas cada 4 horas.	99.40 »	96	—

DIA Y FECHA	HORA	CONDICION	REMEDIOS ETC.	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION
		vientre, receté enema de Sen y sal.	Ningun supositorio.	100.20 Farenheit	104	—
1877—Mayo 7	9 a. m.	Ha tenido evacuacion del cuerpo, se siente mejor, pierna algo dolorosa, buen apetito, se quitó el clamp, pedículo seco en la parte superior, labios de la herida algo apartados en la parte inferior.	Se asistió la herida, siente algo mejor—aumento de alimentacion, ninguna medicina, orina escasa.	99.00 »	92	18
» 7	10 p. m.	Se siente bien, no con tanta gana de comer como tenia ayer, herida seca, orina mejor.	Ninguna opiada—Si durante la noche no obrase, déle infusion sen, por la mañana.	100.00 »	104	—
» 7	9 a. m.	Regular.	Id. id. id. id.	99.80 »	98	—
» 8	5 p. m.	No ha dormido bien, flatulenta. Sen no ha operado, herida seca.	Sal y sen.	98.20 »	84	—
» 8	9 a. m.	Como arriba.	Id.	99.80 »	96	—
» 9	9 p. m.	La paciente se halla buena y ha tenido desposicion de vientre ayer, bajó el hinchason de la pierna.	Dieta.	98.40 »	86	—
» 9	9 a. m.	Como arriba.	Id.	100 »	90	—
» 10	9 p. m.	Se siente bien, purgante no ha operado, pierna menos hinchada, muslo algo mas.	Dieta y bebida.	98.20 »	82	—

DIA Y FECHA	HORA	CONDICION	REMEDIOS, ETC.	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION
1877—Mayo 10	10 a. m.	Id id dos deposiciones.	Dieta y bebida.	99.80 »	90	—
» 11	9 p. m.	Pierna deshinchándose.	Id.	98.40 »	86	—
» 12	—	Id id	Id.	100.20 »	88	—
» 13	—	Id id	—	99.20 »	80	—
» 13	—	Movimiento del vientre regular.	Vuelve á los alimentos.	—	—	—
» 14	—	—	—	99.00 »	82	—
» 14	—	—	—	98.30 »	76	—
» 15	—	La pierna se ha deshinchado unas tres pulgadas, desde el dia 13.	Como arriba.	—	—	—

Caso núm. 7

Señora de 27 años de edad, casada, con tres hijos

Esta historia no es tan completa como las demás, he hecho lo posible para recojer mas datos pero como no se ha escrito el caso, se han olvidado muchas cosas interesantes.

Parece que había alguna dificultad para hacer el diagnóstico apesar de un estudio de unos cuantos meses por parte del Dr. Castilla, quien se inclinaba á creer existía un tumor del bazo, apesar de haber hecho una incision en la pared anterior del vientre para hacer el diagnóstico. Llamado el Dr. Marengo, en el acto hizo el diagnóstico de un quiste multilocular del ovario izquierdo, pero que había muchas adherencias, debido al gran número de veces que la han hecho la paracentésis, y que en el momento que pasase la peritonitís local que existía en el acto del exámen, él haría la operacion.

Efectivamente, el 5 de Junio el Dr. Marengo, con concurso de los Dres. Castillo, Wilde y Llavallol operó apesar del mal estado moral y físico de la mujer, porque ya no había tiempo que perder. La paciente estaba muy debilitada por haber dejado pasar demasiado tiempo antes de operar.

La operada murió á los tres dias.

Caso núm. 8

QUISTE MULTILOCULAR
DEL OVARIO
EN UNA NIÑA DE QUINCE AÑOS

OVARIOTOMIA

MUERTE AL TERCER DIA

Hacen cinco meses que en Barracas vimos una niña de 15 años en que el médico que la asistía, el Dr. Argerich, le había diagnosticado un quiste multilocular del ovario izquierdo.

En aquella consulta constatamos el diagnóstico.

Perfectamente constituida y con un estado general inmejorable, aquella niña presentaba dentro de un vientre voluminoso, un tumor de regular consistencia y que se estendía desde cuatro traveses de dedo arriba del ombligo hasta el púbis, ocupando ambas fosas ilíacas, todo el flanco derecho y mitad del izquierdo.

Matitez absoluta en todos esos puntos, indicando la sonoridad, que los intestinos se encontraban en el flanco é hipocondrio derecho, region epigástrica é hipocondrio izquierdo; una fluctuacion ovárica característica é interrumpida en ciertos puntos y una percusion mas clara, variable en las diversas posiciones que se le colocaba á la enferma, corroboró la opinion emitida primeramente por el médico de cabecera, de que el quiste no solo era multilo-

cular sinó que su líquido debía tener una consistencia parecida á la de la glicerina y que debían existir muy pocas adherencias con el peritóneo.

Hacían dos años que la niña había comenzado á sentir el primer dolor y á percibir la induracion.

Fuera de una constipacion insignificante, sus funciones se desempeñaban fisiolójicamente.

El flujo catemenial era periódico, en los intérvalos aparecia un flujo leucorrético. El cuello del útero se encontraba muy elevado.

Presentaba un semblante en que una vista práctica podia ya ver impresa la facies ovárica característica.

Habiendo la niña y su familia solicitado con instancia la operacion, ella fué ejecutada por nosotros, tomando todas las precauciones necesarias.

Allí nada fué omitido, hasta la temperatura de los instrumentos, manos del operador y de los ayudantes, siendo la de la pieza de 28° c.

La incision mediana tenia doce centímetros y apenas dió sesenta gramos de sangre, el peritoneo se encontraba normal y con adherencias insígnificantes.

El quiste era voluminoso y multilocular como se habia diagnosticado; hubo que vaciar cuatro antes de extraerlo, dando dos clases de líquido, uno con el aspecto y la consistencia de la glicerina, y el otro, en menos abundancia, era melicérico.

Extraido el tumor, se vió que se componia de diez y seis quistes, que contenian ocho litros de líquido.

Hecha perfectamente la limpieza del peritoneo y colocado el pedículo con el clamp de Spencer Wells en el ángulo inferior de la herida, se procedió á la sutura.

Se cubrió el vientre con un algodon y se vendó con una flanela, haciendo una compresion gradual.

La niña despertó del sueño anestésico, acusando apenas un lijero dolor en la herida, que á la media hora desapa-

reció por completo, mediante medio grano de estracto de ópio.

La operacion duró hora y media y notamos que durante se practicaba, el pulso era frecuente, quedando inmediatamente despues en 120 por minuto.

Primer dia, á las 8 *de la noche:*—El semblante de la niña se mantenia normal, no sentia ningun dolor, habia dormido tres horas y el vientre se encontraba deprimido. La orina se extraia cada tres horas. El pulso se mantenia con la misma frecuencia, la temperatura en 37° y medio y 28 movimientos respiratorios.

Segundo dia, por la mañana:—La noche la pasó tranquila, durmiendo seis horas; el vientre siempre deprimido sin ningun dolor, ni conato de vómito. Apesar de que su semblante era natural, se veía á la niña triste y abatida. El pulso en 125, la temperatura 38° y 38 movimientos respiratorios.

Por la noche:—Mismo estado; apesar de manifestar la operada que sigue perfectamente sin sentir nada, el abatimiento es mas pronunciado; pulso en 130, temperatura 38° y medio y 32 movimientos respiratorios, orina voluntariamente.

Tercer dia, por la mañana:—El abatimiento sigue en aumento y la niña no acusa ninguna sensacion particular, el vientre normal, no ha habido náuseas, pero hay sudores copiosos y el pulso está á 140, la temperatura en 38 y la respiracion ha subido á 40; por la tarde, apesar de haberse llenado todas las indicaciones, se ve que el pulso se hace incontable y filiforme y la respiracion extremadamente anciosa, el sudor frio, y en medio de esta hipostémia extrema la operada muere á las 7 de la noche.

La autopsia no pudo hacerse, pero á las nueve, al ir nosotros á extraer el clamp, notamos que el vientre no estaba elevado y que la herida se encontraba perfectamente cicatrizada, al secar el instrumento vimos el pedículo seco y

tratamos de separar los bordes de la parte inferior de la incision para ver algo del fondo, deprimiendo al mismo tiempo las paredes del vientre, quedando convencidos por el resultado, que en la cavidad peritoneal no existia ningun líquido.

Ahora falta esplicarnos el mecanismo de la muerte. Allí no hubo ningun signo que nos revelara la existencia de una peritonitis, y por lo tanto esta idea es preciso desecharla completamente; suponer que el cloroformo hubiera producido el accidente, nos parece poco lójico, pues, en tres dias tenia tiempo para haberse exhalada totalmente, y en todo caso, él se hubiere producido inmediatamente. La vacúidad del peritoneo nos hace alejar por completo la idea de una hemorragia, y además allí no se habia interesado sinó capilares, y que el afrontamiento exacto de los lábios de la herida producian su oclusion absoluta.

El corto tiempo de la operacion, la duracion de tres dias y sobre todo la anestesia, nos impide aceptar la conmocion nerviosa (sohock) como causa de la muerte.

Clay, en sus estadísticas de ovariotomias, dice: que de 150 casos de muerte, 25 lo son por el colapso, que es una debilidad gradual de las fuerzas, que ninguna reaccion detiene y que conduce al agotamiento, (exhaustion). Nosotros colocamos nuestro caso en esta categoría.

Debemos declarar que nos encontraríamos embarazados para dar una explicacion científica de este accidente de la ovariotomia.

La frecuencia extrema de los movimientos cardiacos nos induce á creer que allí se pasaba una accion paralizante de los nérvios moderadores del centro circulatorio.

La frecuencía del ciclo respiratorio nos corrobora en la idea de que en los neumo-gástricos no existia la integridad fisiolójica.

¿Puede haber influido la replecion de los numerosos capilares de la cavidad abdominal, por la supresion de un

tumor voluminoso que los mantenia comprimidos desde mucho atrás, y disminuía por lo tanto el riego sanguineo de órganos delicados?

Es probable que alguna influencia haya tenido; esto, agregado á un estado nervioso deprimente que existia en la niña, por influencias morales, nos hace entreveer una causa en que los centros nerviosos han jugado su principal rol.

J. Pirovano.

Caso núm. 9

PRACTICADO EL 1° DE FEBRERO DE 1879

La señora Perot es una mujer de 28 años de edad y de alta estatura. Parece tener una buena constitucion y su salud ha sido siempre excelente; las reglas han tenido regularidad, tiene un hijo de 7 años.

En 1876 apercibió en un lado del vientre un tumor del volúmen del puño, el cual era segun ella duro, cambiando de sitio á derecha é izquierda segun los movimientos que se le imprimian. Este tumor no le incomodó mucho, á no ser un dia en que sintió un dolor muy vivo que partiendo de aquel, se irradiaba á todo el abdómen. Se encuentra en un número del «The Lancet» del 18 de Setiembre de 1869 un caso semejante referido por Enrique Bateman. Tratábase de una mujer que tenia un quiste del ovario y que sintió repentinamente un dolor abdominal con sensibilidad á la presion, dolor al corazon y fiebre. Fué consultado entonces el Dr. Spencer Wells, quien operó á la enferma; la opinion era que se habia producido ruptura de las paredes del quiste.

Desde hace tres años el vientre ha ido aumentando insensiblemente hasta la fecha en que mide 84 centímetros de circunferencia en la region epigástrica y 104 al nivel del ombligo. El abdómen está redondeado y globuloso. Existe matitez á la percusion en todos los puntos, salvo en el epigástrio y en los flancos. Donde existe la matitez es fácil percibir el signo de la fluctuacion. Sin embargo, en la fosa iliaca izquierda aquella es un poco mas oscura, lo que haria suponer la existencia en ese punto de una division del tumor en células secundarias.

Cuando se coloca á la enferma en decúbito lateral, el vientre permanece globular y la sonoridad lateral y la matitez central, no cambia de lugar.

Cuando se deprime la pared abdominal anterior y se lleva de cinco á seis centímetros hácia atrás, se percibe el choque de un cuerpo sólido, sensacion análoga á la que los parteros llaman peloteo. Operando las mismas maniobras sobre las paredes laterales, no se siente ningun cuerpo sólido.

Si se coloca á la enferma en el decúbito abdominal y se deprime el vientre de delante atrás, se interpone entonces entre la pared abdominal y el cuerpo sólido una capa líquida muy considerable, haciéndose entonces imposible aunque se deprima profundamente, obtener la sensacion de aquel.

La presion algo profunda es dolorosa casi en todos los puntos del vientre, pero particularmente en la parte anterior.

El útero no ofrece desviacion apreciable. Se constata solamente por el tacto, que el cuello está muy elevado y algo aplanado de delante hácia atrás. Llevando el dedo hasta el fondo del saco no se percibe la sensacion de fluctuacion. El tacto rectal no revela nada.

Desde hace algun tiempo el estado general de la enferma se perturba; el apetito se pierde, el sueño es raro y difi-

cil. Experimenta dolores bastante vivos y casi contínuos en todo el vientre. No tiene fiebre pero sufre á menudo de náuseas coincidiendo con la exacerbacion de los dolores, lo que nos permite pensar en inflamaciones peritoneales localizadas y de poca extension. Hay constipacion.

Este mes las reglas que habian sido siempre regulares, se han retardado y han sidc poco abundantes. La señora ha enflaquecido; las facciones estan desencajadas y su fisonomia ofrece los signos que describen los autores en los casos de tumores ováricos.

Los doctores Argerich, Golfarini, Herrera Vegas, Melchor Torres y Wilde, fueron requeridos para la consulta y estuvimos todos de acuerdo en arribar al diagnóstco de quiste del ovario. Hubo no obstante discusion, cuando se trató de precisar el estado anatómico del tumor y de la cavidad abdominal. ¿Existia acaso ascitis conjuntamente con el quiste? ¿y el quiste no contenia acaso una parte fibrosa y no tendríamos en este caso que tratar de un tumor fibro-quistico? ¿De qué naturaleza era ese cuerpo sólido que se sentia deprimiendo de 4 á 5 centímetros la pared del abdómen? ¿era el quiste envuelto por el líquido de un ascitis? pero entonces ¿porqué los flancos no presentaban el síntoma de matitez cuando se colocaba la enferma en el decúbito lateral? Un síntoma que se manifestó cuando la enferma fué colocada en el lecho de operacion, habria puesto á todos los prácticos de acuerdo. Este fué la aparicion de dos tumores en el pliegue de la íngle en el canal crural, bajo la influencia de un esfuerzo. Estos tumores eran mates á la percucion. Su volúmen era el de un huevo de gallina, duros, elásticos y absolutamente indolentes. El del lado derecho se reducia insensiblemente por la presion, sin sacudidas ni gorgoteo, era líquido; el izquierdo fué irreductíble. Recuerdo en este instante que dos meses antes, en mi estudio con motivo del primer exámen que

hice de la enferma, los habia ya constatado, y desde entonces no se habian reproducido.

En cualquier caso, desgraciadamente, el pronóstico era el mismo, pues la enferma se encontraba estenuada y sus dias puede decirse estaban contados.

Como tratamiento se discutió primeramente el que ofrecia la puncion; pero fué pronto eliminado pues no obraria sinó como un paliativo que haria perder tiempo y que no podia considerarse totalmente inocente en el estado de debilidad en que se encontraba la enferma y la tendencia á la inflamacion que presentaba el tumor. La puncion fué igualmente eliminada como medio esplorador, pues, dificultando luego aun mas, la operacion, no prevenia todos los contratiempos á que el cirujano debia prepararse.

La operacion siguiendo el consejo de mis colegas y los deseos de la enferma, fué fijada para el 1° de Febrero.

Durante los dias que precedieron al de la operacion, los intestinos fueron cuidadosamente vaciados mediante dósis repetidas de aceite de ricino.

A las 7 y ½ de la mañana la enferma fue colocada sobre el lecho de operacion, las piernas en flexion y separadas. Se la anesteció y se vació la vejiga. Inmediatamente despues, se hizo sobre la línea blanca entre el púbis y el ombligo, una incision de 12 centímetros; las paredes del abdómen, excesivamente adelgazadas fueron disecadas capa por capa, presentándose al cirujano sucesivamente: la piel, la aponeurosis y la fascia transversalis. Habiendo llegado sobre el peritoneo se vió á esta serosa hacer hernia á traves los labios de la herida. En este momento la enferma se mostró agitada y temimos que bajo la influencia de los esfuerzos la bolsa se rompiese.

Esta bolsa, hemos dicho ya, era el peritoneo distendido por el líquido ascítico. Apareció de la manera que hemos descrito; pero la fascia transversalis se mostró muy espesada respecto á la delgadez de las otras capas anatómicas

de la pared abdominal. Se le habia dividido en dos ó tres cortes y se podia creer el haber incindido ya el peritoneo. Despues de un momento de duda, insisto sobre este punto pues sucede algunas veces y sucederá probablemente aun otras. Traté de desprenderlo en el espacio de algunos traveces de dedo y conseguí de esa manera reconocer que la membrana era regularmente adherente á la fascia transversalis.

La salida que formaba era fluctuante. Se hizo una puncion con un delgado trócar con la idea de estraer el liquido ascítico y salieron por la cánula algunas gotas de un líquido claro y trasparente pero de una viscosidad tal que el corrimiento se estinguió inmediatamente. Sabemos que existen casos, y es la escepcion, en que el líquido ascítico revíste estos caractéres. Pero la rareza del caso debia volvernos circunspectos y el líquido fué evacuado con todo género de precauciones, exactamente como si se hubiese tratado del quiste mismo, poniéndonos así en prevencion á todas las sorpresas que la anatomia patológica puede presentar en estos casos al cirujano. El trócar siendo inútil ya, fué retirado; la membrana fué incindida y separada con pinzas. Las paredes abdominales fueron comprimidas por todas partes y se trató de absorber el líquído abdominal con esponjas. Este, era tan viscoso como la clara de huevo y como él tambien dificil de estraer. Por fin se apercibió el tumor, se le punctionó con un trócar grueso, teniendo cuidado de comprimir moderadamente el abdómen de todos lados para hacer sobresalir el quiste y se hizo la aspiracion. Fué inútil, pues no salía el nuevo líquido, siendo aun mas adherente que el de la cavidad peritoneal, Además, se produjo una desgarradura al nivel del punto en el cual el trócar habia penetrado; se aplicaron anchas pinzas para cerrar la abertura y tratábamos de atraer esta parte al esterior cuando nos apercibimos de un orificio de bordes redondeados, sin vestigío de desgarra-

dura que hacia comunicar el quiste con la cavidad abdominal. Cualquier movimiento y la menor presion que se hacia sufrir al tumor hacía que se vaciase en el peritoneo. Es cierto que el peritoneo estaba habituado á esta vecindad; pero era prudente el desconfiar del fondo del saco.

Se tomó entonces el partído de incindir estensamente la bolsa, mantener separados por pinzas los labios y de estraer á traves de la abertura el líquido con la ayuda de esponjas, lo que duró largo tiempo pues como se ha dicho, el líquido era muy viscoso. Fué necesario incindir con el bisturí la pared de varios lóbulos y de igual modo vaciarlos, antes de poder estraer el tumor al esterior. No se tuvo que romper ninguna adherencia. El tumor estaba contíguo al ovario izquierdo y formado á sus espensas; su pedículo era bastante largo.

El ovario derecho se encontró sano.

Todo el trabajo de la operacion fué largo y muy penoso. Duró desde las 7 y media de la mañana hasta las 12 pasadas.

A pesar de lo dicho sobre la tolerancia del peritoneo para los líquidos con los cuales está en contacto, es inútil decir que el pronóstico de nuestra operada era de los mas graves. Y habia motivo de preguntarse si el contacto del aire no habia modificado las propiedades del líquido quístico, que se escurrió en toda la cavidad abdominal, llegando hasta el hígado que estaba todo bañado. Este órgano, el peritoneo parietal y los intestinos tenian un tinte vivo oscuro, lo que hacia temer una violenta inflamacion.

Habia hecho preparar anticipadamente una solucion de ácido fénico á 4/300' la que habia sido prolijamente filtrada y colocada en un aparato pulverizador. Estaba decidido en caso de graves complicaciones como el de la peritonitis que era de temer, de emplearlo resueltamente, por lo que antes de comenzar la limpieza del peritoneo hice una pulverizacion en toda la cavidad abdominal. La limpieza se

hizo fácilmente habiendo cantidades de sangre y poca serosidad. Se puso gran cuidado sin embargo en esta parte de la operacion. Por fin, antes de cerrar el abdómen, se hizo una segunda pulverizacion, y se secó bien con toallas y esponjas.

Habia en la serosa de la pared abdominal un pequeño tumorcito del tamaño de una lenteja, parecia seroso y mas bíen el resultado de una sufusion edematosa. Por prudencia se contentó con abrirla por medio del bisturí.

En fin, la herida fué cerrada con ligaduras superficiales, hechas con hilos de seda y ligaduras profundas ejecutadas con finos hilos de plata.

Ahora bien: se recordará que la membrana peritoneal hízo hernia en el momento de la incision de las paredes abdominales; se recordará tambien que fué ligeramente desprendida de la fascia transversalis y que sus bordes además fueron aprisionados con pinzas; agregaré ahora que los colgajos habian quedado muy anchos y necesariamente habían sido contundidos durante las largas maniobras de la operacion. Nos pareció prudente, por consiguiente, el escindirlo antes de guardar en el abdómen una parte que se presentaba sospechosa. El pedículo fué fijado á la parte interior de la herida y estrangulado con un clamp.

Curacion con algodon feniado; una buena capa de colchado sobre todo el abdómen, y por fin una faja de flanela sosteniendo todo.

La enferma habia perfectamente soportado la operacion: la piel estaba en buen estado, el pulso lleno y daba 128 pulsasiones por minuto.

Se la trasportó á su dormitorio con el mayor cuidado, en un lecho que habia hecho construir á imitacion de otros y que desarticulado, se levanta, y deja á la enferma en su propia cama.

La operada fué acostada con el tronco un poco elevado y las piernas lijeramente en flexion.

Es necesario creer que en las primeras horas los menores esfuerzos, las menores presiones, las menores sacudidas, pueden ser peligrosas y yo doy una gran importancia á este detalle de la operacion.

Además, á no ser en casos escepcionales en los que la operacion es muy sencilla y de poca duracion, en que el cirujano no puede temer una peritonitis, emplearé aun el hielo que ha dado tan feliz éxito en los dos casos que dejo consignados.

Al mediodia la temperatura es de 38°4

A las 3 h. 1/2 P. 128, T. 38°4.

A las 6 h. P. 140.

A las 10 h. P. 120, T. 39°1.

La enferma acusa una sed ardiente; dolores renales intensos, irradiándose por todo el vientre; se efectúa el cateterismo.

Se le dá caldo frio, y agua de Seltz con jarabe de grosella.

2 *de Febrero*, 3 *de la mañana.* P. 130, T. 38°7. Ha dormido por espacio de mas de dos horas; ha tomado caldo y vino en pequeña cantidad; no ha tenido ni náuseas ni vómitos; pero al comienzo de la noche los dolores han sido muy vivos. Lengua húmeda. El cateterismo dá una abundante evacuacion de orina; los dolores cesan.

2 *de la tarde.* P. 128, T. 38°5. Respira 27 veces por minuto; se queja poco; sufre menos; la presion ejercida sobre las partes laterales no determina ningun dolor; el cateterismo dá orinas normales.

6 *de la tarde.* Ha sufrido mucho dolor en los riñones y las piernas, sobre todo en la pierna izquierda. Puede recordarse que en la precedente observacion, la operada acusaba vivos dolores partiendo igualmente de los riñones é irradiándose á la pierna derecha, lado correspondiente á la implantacion del quiste del ovario.

En este momento del dia se desencadenó una tempes-

tad; la enferma en el mismo instante se mostró inquieta y muy ajitada; tuvo algunas náuseas: P. 122, T. 38°6; respiraciones 32 por minuto. El cateterismo vesical dá orinas normales.

3 *de Febrero; una de la mañana.* P. 120, T. 38°6. Ha vomitado dos veces un líquido acuoso; se queja de fuertes cólicos; hay borborigmos; el vientre no se manifiesta timpanizado ni doloroso á la presion; sin embargo, la enferma se lamenta de sufrir horriblemente en los riñones y la pierna izquierda.

Se le hizo una inyeccion sub-cutánea de morfina, cesando inmediatamente los dolores; sobrevino un sueño reparador.

8 *de la mañana.* P. 116, T. 38°4. El cateterismo revela orinas normales; fisonomía buena; lengua rosada; no se quejó; los dolores han desaparecido.

11 *de la mañana.* P. 116. Acaba de tener algunos cólicos de apariencia intestinales con borborigmos; igualmente algunas náuseas.

3 *de la tarde.* P. 120, T. 39°1, R. 27. Tiene aún algunas náuseas; corrimiento por la vulva de un líquido rojizo.

6 *de la tarde.* P. 120, T. 39°8. Han sobrevenido en los riñones y el vientre dolores atroces; la enferma se encuentra á punto de sufrir síncopes. A la presion el vientre es indolente; existen algunas náuseas.

Se prescribe un enema con hiel de vaca, 1|4 de vesícula y 0 gr. 50 de sulfato de quinina.

Igual corrimiento sanguíneo por la vulva. El apetito ha desaparecido.

9 *de la noche.* P. 120, T. 39°8. Ha reposado una hora y media; los cólicos han cesado; ha orinado sola; fisonomía buena. A cada visita pulverízaciones de agua feniada sobre la curacion. La presion no es dolorosa en ningun punto. Desde esta mañana, la enferma no ha podido tomar sinó agua acidulada con un poco de limon; extrema repug-

nancia para el caldo y la leche; ha ensayado de tomar cerveza y han reaparecido los náuceas.

5 *de Febrero;* 3 *de la mañana.* Cuarto dia despues de la operacion. P. 120, T. 39°8, R. 32. En este momento la noche es tempestuosa, y por la primera vez la enferma acusa opresion; ha dormido durante tres horas; los cólicos y náuceas han desaparecido; el cateterismo dá orinas normales. Ha tomado media taza de caldo. Corrimiento sanguíneo por la vulva.

8 *de la mañana.* P. 104, T. 39°. Ha descansado bastante bien; ha tomado media taza de caldo y otra media de leche. Una deposícion líquida; ha orinado sola.

Se inspecciona la herida; se quita un hilo metálico y un hilo de seda de su parte inferior. Vientre indolente en todos sus puntos. Vaporisacion de la solucion feniada. Enemas con un cuarto de hiel de vaca y sulfato de quinina 0 gr. 50

Se presenta aún á la vulva un lijero corrimiento vajinal.

11 *de la mañana.* Ha evacuado el enema en dos veces; orina por sí sola. Ningun dolor abdominal, y la enferma se encontraria muy bien á no ser un poco de opresion que la molesta. El pulso es de 108, la temperatura de 39°1.

3 *de la tarde.* P. 112, T. 39°4. Nada de nuevo.

6 *de la tarde.* P. 108, T. 39°6. Un poco de opresion y molestia respiratoria. Cateterismo vesical·

9 *de la noche.* P. 108, T. 39°3. Se le ha puesto un enema con sulfato de quinina 0 gr. 50; ningun dolor; vientre blando, sin timpanizacion.

5 *de Febrero;* 3 *de la mañana.* P. 106, T. 38°6, R. 28. Se queja de dolores lumbares. Se la tranquiliza y se la hace dormir con una inyeccion subcutánea de morfina.

8 *de la mañana.* P. 104, T. 38°6. Examinada la herida, hay reunion por primera intension; los hilos de seda se quitan; se aplican suturas secas como las que empleamos á propósito de la primer operada. Se continúa despues

con la aplicacion del algodon y el hielo sobre el vientre. La fisonomía es excelente. Sobrevienen aún algunas veces dolores que se irradian en la pierna izquierda bajo la forma de calambres.

11 *de la mañana.* P. 106, T. 38°7. Nada de nuevo; marcha todo bien.

3 *de la tarde.* P. 112, T, 39°4. Opresion habitual; se encuentra matitez al lado derecho del toráx; debilitamiento del murmullo respiratorio á la parte inferior; soplo al nivel de la clavícula; signos de un derrame pleurítico.

6 *de la tarde.* P. 112, T. 39°4, R. 32. El cateterismo dá orinas normales. Ninguna tos. Dolores en la pierna derecha.

9 *de la noche.* P. 115, T. 39°1 Se suprimen las bebidas heladas; se vijila cuidadosamente la aereacion.

6 *de Febrero;* 3 *de la mañana.* P. 112, T. 38°5 Ha dormido durante cinco horas; la enferma se encuentra muy bien y no acusa ninguna opresion. Parece que á la parte superior en la vecindad de la clavícula, la matitéz se apercibe menos y que el derrame ha disminuido. Mixion espontánea. Se suprime la vejiga de hielo.

8 *de la mañana.* P. 104, T. 38°2, R. 32.

Enema con 0 gr. 50 de sulfato de quinina. La enferma acusa un poco de dolor sobre el trayecto de la línea abdominal media.

En la curacion han salido algunas gotas de púS arriba del pedículo. Se quitan las suturas profundas constituidas por hilos metálicos; la reunion es completa. El derrame pleurítico permanece lo mismo. Cateterismo vesical.

Se ordena la administracion de estracto de quina. La enferma toma dos gramos por dia.

11 *de la mañana.* P. 116, T. 38°7. Ha tomado la cuarta parte de un huevo pasado por agua y lo ha vomitado.

3 *de la tarde.* P. 116, T. 39°1. Ha evacuado un enema y orina sola.

8 *de la noche.* P. 116, T. 39°3. Deposicion y mixíon expontánea. La piel está lijeramenie húmeda. Curacion y lavado feniado del pedículo. Ha tomado una sopa y algunos bocados de carne asada. Se encuentra bien. El tumor inguino-crural que hemos indicado en su aparicion súbita, es en este momento menos tenso y comienza á disminuir.

7 *de Febrero;* 8 *de la mañuna.* P. 101, T. 38°2. Ha pasado muy bien la noche; orina sola. El vientre se manifiesta blando é indolente. Se quita el clamp.

3 *de la tarde.* P. 104, T. 38°8, R. 25. La enferma ha tenido tres deposiciones diarréicas; ha vomitado una cucharada de la pocion de quina á causa de la repugnancia que le dá. Manifiesta estar menos oprimida que ayer.

9 *de la noche.* P. 110, T. 39°1. El corrimiento vaginal que hemos señalado desde algunos dias, desaparece hoy. La herida es visitada y á partir de este momento curada 2 veces por dia. Se encuentra un poco de púS entre el pedículo y la parte inferior de la herida. Se lava con una solucion feniada y se hace tambien una curacion feniada- La respiracion está un poco acelerada pero el estado general es bueno.

Alimentacion con sopa, vino y carne asada.

8 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* P. 104, T. 88°7, R. 28. El apetito se mantiene bueno; la lengua se presenta rosada. Una deposicion; la mixion se efectúa sola y regularmente. Curacion de la herida. Existe un poco de púS al rededor del pedículo.

3 *de la tarde.* P. 110, T. 39°.

9 *de la noche.* P. 112, T. 38°1.

9 *de Febrero;* 6 *de la mañana.* P. 104, T. 37°8. La respiracion es algo mas fácil; el estado general muy bueno.

6 *de la tarde.* T. 38°4. Ha pasado un buen dia; ha comido con apetito; Se constata por la percusíon que el

derrame pleurítico que llegaba adelante hasta el nivel de la clavícula ha disminuido un poco.

Haciendo la curacion, se hace salir algunas gotas de pús del trayecto que formaba uno de los hilos de la sutura; este punto corresponde además á los bordes de la herida, allí donde el peritoneo habia sido desprendido.

10 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* P. 130, T. 38°2. La opresion disminuye así como la matitéz sub-clavicular.

6 *de la tarde.* P. 120, T. 38°5.

11 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* P. 130, T. 37°7.

5 *de la tarde.* P. 134, T. 38°5

12 *de Febrero:* 8 *de la mañana.* P. 120, T. 37°7. El pedículo se ha desprendido; abajo se encuentra una pequeña cavidad infundibuliforme de un centímetro de profundidad. Desde algunos dias se habia disminuido insensiblemente el hielo que se suprime completamente esta mañana. La herida se encuentra en buen estado.

5 *de la tarde.* P. 124, T. 38°5. Estado general satisfactorio. Comprimiendo la piel del abdómen se consigue extraer un poco de pús en el sitio ya indicado; pús espeso, amarillo, viscoso y de buena naturaleza.

13 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* P. 112, T. 37°7. Sigue bien.

5 *de la tarde.* P. 120, T. 38°9.

14 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* T. 37°7. Toda supuracion ha desaparecido. Disminucion del derrame pleurítico. La fisonomía parece mejor yá que antes de la operacion.

5 *de la mañana.* P. 120, T. 38°9.

15 *de Febrero;* 8 *de la mañana.* P. 112. T. 37°7.

16 *y* 17 *de Febrero.* Nada de nuevo.

18 *de Febrero.* La enferma se sienta por primera vez. Se encuentra muy bien. La herida del pedículo es rosada y se llena rápidamente. El pulso es de 108; la temperatura de 38°1.

19 *y* 20 *de Febrero.* Nada de nuevo. Se puede constatar solamente que el tumor inguino-crural pronto desaparecerá sin señales. El 19 de Febrero á la tarde, la temperatura es de 30°. Sin duda es debido á la influencia de la pleuresia, pues el abdómen no se resiente de la operacion.

21 *de Febrero; á la tarde.* P. 116, T. 38°7.

22, 23 *y* 24 *de Febrero.* Fué necesario administrar 1 gr. de cloral por la noche, por serle difícil conciliar el sueño.

25 *de Febrero*—El derrame pleurítico tiene su nivel en la parte media del omóplato. A pesar de esto el estado general es bueno. La enferma tose algunas veces. Se la permite levantarse durante algunas horas.

El apetito es muy vivo, las fuerzas aumentan; la cara se colora.

El 1° de Marzo se aplica un vejigatorio á la base del pulmon para acelerar la reabsorcion del derrame pleurítico.

Desde el 1° al 10 de Marzo, nada de nuevo se presenta. Las fuerzas han vuelto y la salud seria perfecta si no tuviésemos algun cuidado por la pleura. En este momento el líquido llega á la parte inferior del omóplato. La herida del pedículo se ha llenado y no aparece sinó como una erupcion cutánea cubierta de botones carnosos que se cauterizan ligeramente cada mañana.

Se administran píldoras compuestas con polvos de escila, jalapa y escamónea, para producir una lijera revulsion intestinal y obtener un efecto diurético.

Se hacen embadurnamientos de tintura de iodo en la base del pulmon derecho.

El 26 de Marzo el nivel del líquido estaba en la parte inferior del omóplato; pero las fuerzas habian vuelto. El estado general era tan excelente, que se resolvió dejar á la naturaleza la curacion de esta complicacion.

He vuelto á ver á la enferma, varias veces, desde entónces; la última hará como dos meses. Las reglas no se

habian presentado aún; pero la salud parecia inmejorable.

Sin embargo, el derrame pleurítico persistia. Se podria haber pensado en practicar la toracentésis; pero viendo á la enferma recuperar sus fuerzas, y examinando sus pulmones perfectamente sanos, se prefirió la abstension esperando que la curacion volveria espontáneamente.

Exámen del segundo tumor

Este último presenta en su estructura y en su desarrollo la mas grande analogía con el primero. Como en aquel la bolsa es fibrosa, bastante espesa, pero el espesor varía en diferentes puntos; el tumor es en ciertos sitios blanco gris lardáseo; desgarrándose con facilidad. La cavidad quística está dividida en glóbulos secundarios en los que algunos constituyen un tercio ó un cuarto del volúmen del tumor. A los lados de este se encuentra adherente á la superficie externa un gran número de pequeños quistes redondeados, ya aislados, ya reunidos y formando glóbulos del volúmen del puño. El contenido de cada uno es generalmente mas seroso, mas líquido, que el de la bolsa principal. La cara externa del tumor no presenta equímosis, lo que está en relacion con la ausencia de adherencias notada en el momento de la operacion; pero examinando con cuidado, se observa en tres puntos diferentes, lijeras sufuciones sanguíneas irregularmente dispuestas alrededor de tres pequeños orificios, de los que uno corresponde al tumor contenido aun en el abdómen, un poco á la derecha de la línea media, y los otros al flanco derecho. El primero es de tal dimension que permite pasar un dedo; tiene la forma casi circular y sus bordes adel-

gazados, regulares, que hace necesario desechar la idea de toda desgarradura.

Una lijera circulacion denota que existian adherencias entre el peritóneo y el tumor. Los otros orificios de menores dimensiones examinados atentamente presentan los mismos caractéres anatómicos que el primero. Habia pues comunicacion del tumor con la serosa peritoneal.

Hemos dicho que la bolsa mayor principal variaba de espesor. Estaba en efecto en ciertos sitios muy adelgazada y reducida á una delgada membrana que es fácil de romper. Examinando con prolijidad vamos, probablemente á encontrar la fisiología patológica de los diferentes orificios que presenta.

La bolsa, como lo hemos dicho ya, es de una forma generalmente redondeada; pero presenta aquí y allá lijeros abultamientos.

Refiriéndonos á la cara externa del tumor, como la operacion no ha exigido la puncion de cada uno de los quistes que están reunidos y los que parecen formar parte de la bolsa misma, se puede ver que todos los abultamientos están en relacion con quistes accesorios. Es fácil constatar que todos estos pequeños tumores no son tendidos en igual grado. Y es precisamente en los puntos donde los abultamientos son mas marcados que la tension del quiste es mas grande y que se encuentra tambien el mayor adelgazamiento de la membrana de envoltura. La secrecion aumentando en los pequeños quistes, la membrana exterior se ha adelgazado y así se esplican las perforaciones que acabamos de señalar. Notemos de paso que se verifica esa esplicacion, que la cara interna del tumor es muy vascular y que se encuentran algunos coágulos sanguíneos.

Veamos ahora cual puede ser el modo de desarrollo de estos dos tumores que ofrecen entre si una cierta analogía en sus caractéres físicos, sea por la friabilidad de sus pa-

redes, sea por la multitud de quistes pequeños que encierran. Los anátomo-patologistas están de acuerdo en admitir que en la mayor parte de los casos, los quistes abdominales son debidos á la hidropesía de las vesículas de Graf. Ahora bien, en los casos que acabamos de estudiar no hay vestigios de ovario y es permitido creer que la degenerescencia quística, ha invadido las vesículas de Graf, en totalidad ó en parte, para producir los numerosos tumores accesorios que hemos encontrado en la cara interna de los tumores principales.

Dr. Defois.

Caso núm. 10

A principios de Noviembre del año pasado fué operada Maria Irola, vasca española, de 48 años.

Hacian tres años que notó la elevacion del vientre, sin que sus reglas sufrieran alteracion. Habia tenido hijos pero hacia seis años que habia dejado de tenerlos. Durante los tres años no habia sufrido dolores ni habia tenido accidentes sérios que le hubieran obligado á hacer cama.

Sin embargo presentaba un vientre voluminoso y un cuerpo tan demacrado que parecia un esqueleto revestido solo por los tegumentos.

Refería que el abultamiento habia comenzado al lado izquierdo, y apesar de esta referencia, la percusion daba una matitez absoluta en todos los puntos de aquel enorme vientre. Solo en la region del apéndice xifoides y sobre ambos cuadrados de los lomos habia sonoridad.

Existia una fluctuacion muy evidente y que repercutia

en todos los puntos abdominales lo que hacia sospechar que el quiste fuera unilocular.

Haciendo cambiar á la enferma de posicion, es decir de la horizontal á la vertical, no se notaba ningun cambio en la posicion del quiste, la sonoridad y la matitez invariablemente quedaban en el mismo sitio, signo que revelaba la existencia de adherencias.

Allí jamás se habia practicado una puncion.

El cuello del útero se hallaba normal pero muy elevado.

A principíos de Noviembre, como deciamos antes, el Doctor Ayerza resolvió se practicara la operacion y para esto convocó á los médicos que ántes le habian visto en consulta.

La operacion fué practicada por los Doctores Pirovano, Marengo, Ayerza padre é hijo, Herrera Vegas y Lanúz.

Tomando todas las precauciones antisépticas, se practicó la incision de la piel, que se estendia desde el ombligo hasta tres centímetros de la sínfisis pubiana, fascia y línea alba fueron incindidas con todas precauciones y produciendo al mismo tiempo una hemostasía absoluta.

Al terminar la incision de la última capa fibrosa de la línea blanca, el quiste fué abierto y se observó entónces que la pared anterior del quiste se hallaba completamente adherida á la cara abdominal de las paredes del vientre, las dos capas del peritoneo estaban como fusionadas lo que hizo que la diseccion fuese muy laboriosa.

Eran tan enérjicas las adherencias, que tuvo que hacerse una parte de la diseccion á bisturí pues podia decirse que la pared anterior del quiste estaba formada por la pared ventral.

Hácia arriba, el quiste estaba adherido á todo el epiplon, presentado estas adherencias, el mismo aspecto que una fuerte aponeurosis, como por ejemplo la de la fascia lata.

Estas especies de ligamentos eran muy vasculares, se veia una arborizacion vascular muy tupida, y habia mu-

chos vasos dilatados, adquiriendo algunas venas el diámetro de la safena y arterias que eran de tercer órden. En el punto adherente, el epiplon estaba tan engrosado que mas bien parecia un intestino que una membrana.

La diseccion de esta serosa fué imposible, hubo que cortarle y ligar con seda fina fenicada todos los vasos. Se dejaron veintitres ligaduras perdidas.

Como deciamos, antes de proceder á la separacion del tumor de los demás órganos á que estaba adherido, hubo que vaciarlo de todo su líquido por la apertura accidental que se hizo para facilitar la diseccion y colocar cómodamente las ligaduras.

El tumor fué desligado de sus adherencias abdominales, pero en la cavidad de la pelvis aun quedaban otras considerables.

Se hallaba tan unido al recto y al fondo del saco recto-vajinal que se tuvo que disecar á espensas de sus paredes cuya superficie delgada se creyó prudente dejar adherida á aquellos órganos.

Esta superficie solo abrazaría unos cuatro centímetros de diámetro.

Despues de esta última operacion, se tomó el pedículo que era muy delgado, se le ligó, colocó en la comisura inferior de la herida.

Despues de limpiar perfectamente la cavidad peritoneal, se inspeccionó detenidamente para ver sino habia alguna pérdida de sangre.

La hemostasia era tan completa que se creyó inútil usar la cauterizacion aconsejada en esta operacion.

Se proyectó durante algunos minutos la atmósfera fenicada á la cavidad del vientre y se volvió á repetir la limpieza de éste.

En el fondo del saco recto-vaginal, quedaba un poco del contenido espeso de uno de los lóbulos adherentes, que como se dijo anteriormente, parte de su pared se habia

dejado implantada en aquellos órganos. Aquel fué estraido con una pequeña esponja.

Cuando se convencieron que la limpieza era la mas perfecta, se procedió á las suturas y á fijar sólidamente el pedículo.

La operacion duró desde las 8 1/2 de la mañana hasta las 12.

Se hizo la oclusion antiséptica, y vuelta la enferma del sueño anestésico, el pulso aunque pequeño latia solo 80 veces por minuto.

A las 5 de la tarde la enferma se hallaba tranquila y no acusaba ningun dolor. Sin embargo, estando seguros de la peritonitis se insistió en las aplicaciones de hielo. La temperatura marcaba 38 grados c. y el pulso 95 latidos.

10 de la noche—Mismo estado con igual temperatura y pulso, la orina extraida poco abundante.

8 de la mañana del siguiente dia—La noche la pasó tranquila sin dolor, pero la temperatura se hallaba en 39 1/2 grados y el pulso en 120.

Desde ese momento, apesar de que la enferma acusaba bien estar, la temperatura fué en aumento y el pulso haciéndose tan frecuente y pequeño, que á la tarde se puso filiforme.

A la tarde aparecieron vómitos biliosos y el pulso fué desapareciendo á grandes pasos y una ansiedad precordial acompañada de sudores frios, fueron los precursores de la muerte que sobrevino á las 8 de la noche.

Aquí la peritonitis produjo aquella terminacion la que fué prevista despues del exámen del tumor.

La parte del neoplasma unida al fondo del saco recto-vaginal estaba degenerada, el exámen anatomo-histológico demostró la existencia de los elementos del cáncer coloideo.

Era un quiste multilocular pero una sola de sus cavidades, formaba casi la totalidad del tumor, de allí fué que se

estrajeron 22 litros de líquido seroso, lijeramente espeso, los otros quistes pequeños eran los dejenerados, y su contenido era amarillo gelatinoso.

Lovat Mulcahy.

Capítulo II

Observaciones sobre los casos

Como el objeto de mi Tésis consiste en hacer la Historia de la Ovariotomía en esta República, y al mismo tiempo tratar de propagarla demostrando que con ciertas precauciones no presenta los peligros que á primera vista aparece, voy á pasar en revista las diez operaciones hechas en el país y espero que ninguno de los médicos que han tomado parte en ellas, tomarán á mal que demuestre cómo podian haber evitado el error en el diagnóstico.

Citaré aquí el ejemplo de Kœberlé que critica sus propias operaciones, especialmente sus primeras 69. Dice así: «la tercera parte de las enfermas que han muerto podian haber sido salvadas, si hubiese tenido mas esperiencia y hubiese examinado mejor las enfermas; he perdido tres enfermas de enteritis, timpanitis y estrangulacion interna, debido todo al modo de operar y al tratamiento consecutativo. En

otro caso debí haber hecho la puncion antes de operar, y en otro descuidé dar salida por la vagina á una coleccion de pus »; y sigue con una franqueza que es verdaderamente meritoria narrando sus errores. El Dr. Gaillard Thomas autor de un notable libro sobre enfermedades de las mujeres, hablando del diagnóstico de los quistes del ovario dice, que muchos médicos forman diagnósticos con un exámen mucho menos prolijo del que necesitaria un especialista, agregando que el especialista se ha engañado tantas veces que conoce las dificultades con que á cada paso se tropieza, mientras que los otros tienen que aprenderlas.

No hay que sorprendernos de que el diagnóstico en los primeros casos haya sido erróneo por parte de muchos médicos, porque recien se empezaba á conocer la enfermedad á lo menos bajo el punto de vista operativo: mas hoy la química y el microscópio dán su fallo, cuando queda duda, aun despues de haber recorrido á todos los demas medios para hacer el diagnóstico.

Ninguna de las historias habla de la química ó del microscópio usados como medios de diagnóstico, y por esto creo conveniente reasumir aquí los datos que estos agentes pueden suministrarnos.

El microscópio nos presenta siempre una célula granulosa, característica de los quistes del ovario: presenta los caracteres siguientes: es redonda ú oval, transparente, y contiene un gran número de granulaciones finas.

Estas células difieren mucho en tamaño, pero por regla general son como los glóbulos de pus. Agregando ácido acético, las grnulaciones se hacen mas perceptibles y mas transparentes, y con el ether, sin cambiar de naturaleza se ponen todavia mas transparentes. Esta célula se distingue con facilidad de los glóbulos de pus, de la linfa y de la sangre, por su manera de comportarse con el Acido Acético. Este importante descubrimiento es debido al Doctor Drysdale.

La química y la física nos ayudan á distinguir los líquidos contenidos en los tumores del abdomen, por ejemplo, los quistes del ovario y del ligamento ancho, los tumores fibro-quísticos del útero, los quistes hepáticos y renales y del ascitis.

1° Un líquido cuya densidad es 1003 á 1006 de color claro sin grasa y con vestigios de albumen, es un quiste del ligamento ancho.

2° Si tiene pelo, dientes, pus, grasa, es un quiste dermoide.

3° Si tiene bilis, indica su orígen del hígado.

4° Si tiene urea, renal.

5° Si tiene equinócocos, es renal ó hepático.

6° Si es amarillo, claro, no viscoso, que se coagula por el calor y que este no se disuelva en Acido Acético es probable que sea ascitico.

7° Un fluido de una consistencia coloidea, de una densidad mas de 1012, que tiene células epiteliales es casi seguro que sea de un quiste del ovario.

8° La densidad específica de un quiste del ovario

es 1015 arriba. Los extra-ovaricos raras veces tienen caractéres microscópicos. Quistes hidáticos del riñon ó hígado dan una densidad de 1010 abajo.

9° Un líquido que se coagula al frio es de un tumor fibro-quistico del útero.

Tomando en cuenta las diez operadas hay seis muertas y cuatro vivas, pero no por este mal resultado hay que abandonar la operacion, sino estudiarla con mas detencion. A primera vista parece fácil, sin embargo, hay un algo en cada operacion que ha hecho decir al Dr Keith, que despues de haber operado noventa y tres veces y salvado 77 p$\frac{0}{0}$, sabia menos de la operacion que en años anteriores, que cada caso presenta algo de raro: y que habia visto á los mas distinguidos cirujanos operar cien veces y siempre aprendió algo de valor práctico. Este mismo distinguido operador ha conseguido el triunfo mas grande de la cirujía en el presente año de 1880 y fines de 1879, hizo cincuenta veces la ovariotomia, y salvó las 50 enfermas. ¡Qué mas necesitamos saber, 50 operadas, 50 curadas! Recorriendo la historia de la Ovariotomia en los demas países vemos que daba tan malos resultados como aquí, un 70 ú 80 p$\frac{0}{0}$ de muertas, hasta tal punto, que algunos de los mas distinguidos médicos clasificaron la operacion casi como un asesinato. Hoy en manos de Spencer Wells, Peaslee, Atlee, etc., dá un 85 á 90

p.% de vivas y repasando en vista cada operador en particular vemos que todos empezaron solo con 50 á 60 p.% de buen éxito y muchos con menos y con la práctica subieron á la cifra ya indicada. He examinado últimamente dos mujeres con quiste de los ovarios en el Hospital de Mujeres de la calle Esmeralda, que no han sido operadas ni probablemente lo serán, quizá porque estamos recien como un cirujano jóven que empieza á operar con las ideas de salvar todas sus enfermas, pero despues de perder unas cuantas sigue una pausa, como en la que ahora nos encontramos, esta trae la meditacion, la meditacion el estudio, y este mejor éxito. Concedo que seria una falta grave practicar la operacion en el Hospital, seria necesario llevar las enfermas afuera á una pieza bien ventilada, tener buenos asistentes, buenos enfermeras, que el médico pudiese disponer de mucho tiempo para visitar la enferma; el mismo Spencer Wells, el mas afamado operador en estos casos, no se atreve á operar en el Hospital General, sinó que tiene para estos casos un pequeño establecimiento con 25 camas llamado Hospital Samaritano.

Tenemos dificultades que vencer, pero hay una vida humana en cuestion, ¿qué mas estímulo necesitamos para buscar los medios para obtener un resultado favorable?

El caso núm. 1 es notable por ser el primero ocurrido en la República Argentina. (El primero

que ocurrió en Sud-América fué practicado en Chile el 14 de Octubre de 1868 por los Doctores P. Ortiz, O. Aichel y L. Carrasco Diaz, se salvó) y operado por un médico que nunca habia operado ni visto ope rar, así comprendemos las dificultades que tuvo que vencer, sin embargo, ha dado un resultado brillante. La señora vive todavia.

En el segundo caso operó el mismo facultativo pero con resultado desfavorable, debido sin duda al mal estado de la enferma, que no se encontraba en condiciones de resistir una operacion tan grave y que produce un shock tan fuerte en todo el sistema nervioso.

No hablaré aquí de errores en el diagnóstico por parte de algunos de los médicos que han visitado la enferma; he tratado del diagnóstico en general en otra parte.

Todos los autores insisten en que se debe operar antes de que la paciente esté demasiado emaciada y débil, porque entónces raras veces tiene resistencia suficiente para sobrevivir á la operacion.

El caso tercero, es uno de los mas interesantes, bajo el punto de vista del dignóstico y los antecedentes de la enferma, catorce años de casada sin haber jamás

tenido familia; tres años separada del marido y sin embargo se encontró un feto en la matriz.

Podían ó no conocer los médicos si la enferma estaba embarazada?

La competencia de los médicos presentes, de los cuales algunos eran de los mas notables del país, casi contesta la pregunta. Porque si es cierto que á los cinco meses se oyen los latidos del corazon del niño con facilidad, no es así cuando hay dos tumores grandes en las paredes antero-laterales del útero, y los antecedentes de una señora decente hizo sin duda que los médicos no pusieron el cuidado que de otro modo hubieran juzgado necesario; ocurriendo tan solo al sondage uterino que daba la medida normal.

El médico de cabecera había diagnosticado un tumor del ovario tres años antes de la operacion, y en estos tres años no había crecido, recien en los últimos 4 meses aumentó 3 veces en tamaño, seguramente este en sí mismo debía haber sido snficiente para poner los médicos en guardia.

El operador hizo una observacion en el momento de operar, llamando la atencion de los médicos á esta circunstancia y al mismo tiempo al sitio tan bajo del tumor, pues es tan raro, que un tumor de ovario ó del útero se triplique en 4 meses, que se cita únicamente unos cuantos casos en los libros de patología.

Ya hemos dicho lo bastante para probar que el diagnóstico ha fallado, quizá por la naturaleza del caso, algo tambien por no haber examinado los fenó-

menos uno por uno, y por el modo de presentar la historia del caso á los médicos llamados en consulta.

Desde ya llamamos la atencion al caso núm. 6, porque me parece que una historia presentada de tal manera ayudaría mucho en evitar los errores de diagnóstico, y pondría en conocimiento de los médicos las preguutas hechas y las que faltasen por hacer.

La pregunta que el operador se hace al fin de la historia de la operacion, si debía ó no haber suspendido la operacion? No me queda la menor duda que él hizo bien en proceder al histerotomia y ovariotomía. Sin duda es una operacion temible, pero las últimas estadísticas de Alemania hablan favorablemente de la histerotomía.

He leido la historia de tres casos operados por un célebre médico aleman y los tres han dado buen resultado.

El momento de hacer esta operacion no ha sido lo mas feliz, pero no había remedio: el útero y el feto atravesados por el trocar de Spencer Wells hizo imposible se suspendiese la operacion.

Este caso es una leccion para todos y nos enseña que nunca debemos quedar satisfechos con los signos y síntomas racionales, sinó buscar los signos ciertos por todos los medios á nuestro alcance, para llegar á hacer un diagnóstico exacto sin dejar prevalecer las opiniones formadas ya por otros médicos.

A mas, no hay que confiar en la moralidad ó buena fé de una paciente, basándose tan solo en su palabra;

el medico debe desconfiar de todo hasta que se pruebe lo contrario.

El caso cuarto—Apenas estaba en condiciones para ser operado.

El estado moral de la enferma, su mala salud debida sin duda en parte á las punciones repetidas que se le habían hecho, todo hacía formar un pronóstico fatal. Sin embargo la única esperanza consistía en la operacion capital.

Casos quinto y nueve—Al principio de su historia el Dr. Defoix, dice; que en vano se emplearon los revulsivos cutáneos, baños escitantes, las bebidas sudoríficas, los diuréticos; el tumor seguía su marcha patológica, sin perturbar en nada la economía de la enferma.

Seguramente el doctor no ha esperada la curacion por dichos medios, pues estos tienden tan solo á debilitar la enferma, como dice muy bien un célebre médico: «La enferma que padece de un quiste del ovario, vivirá tanto mas cuanto menos haga para sanar.»

Se entiende que no pueden referirse estas palabras á la operacion radical.

La duracion tan larga de las dos operaciones que es de 5 horas cada una, me parece demasiado porque

siempre expone la enferma á un resultado desfavorable; apesar del caso del Dr. Pean, que dejó en la cavidad abdominal varias de sus pinzas hemostálicas por 30 hoaas y no cerró la herida hasta pasado este tiempo.

Los dos casos son muy interesantes, primero por la estension y estilo de las historias y al mismo tiempo nos enseñan las precauciones y cuidados que él creyó necesario tomar con las enfermas despues de la operacion.

El cirujano no debe operar cuando no le sea posible tomar todas las precauciones dichas y prestar á la enferma toda su atencion.

Al hablar de la puncion y del líquido extraido del quiste, el doctor mencionado no habla de su densidad, circunstancia que es de mucha importancia en los quistes unilobulares Creo hubiera sido conveniente haber hecho una inyeccion de la fórmula siguiente:

Agua destilada.....	45	gramos
Tintura de Iodo.....	45	»
Ioduro Potásico.....	3	»
Acido Tánico.....	1½	»

Esta fórmula en los quistes unilobulares á veces dá un resultado radical y muchas veces el quiste no se llena sinó á los 2 ó 3 años. Spencer Wells lo empleó en 8 casos, dos con buen éxito, Boinet lo empleó en 64 y 22 con buen resultado.

Caso sesto—Este es el primer caso que he visto operar y me ha llamado la atencion el número de

cuidados tomados por parte de los médicos antes de operar; pero despues de un estudio profundo, estoy convencido que en los pequeños detalles consiste el buen éxito de la operacion.

Este caso marchó bien desde el principio, pero como sucede á veces, la trompa de Falopio que quedó en el pedículo en la herida abdominal, sangró por 4 meses en la época de la menstruacion.

El valor moral de la enferma fué tal, que apesar de tener conocimiento del mal resultado que tuvo en una hermana suya la misma operacion, esperaba sentada á la ventana leyendo un diario, á los médicos que debian operarla y al verlos se retiró á su pieza y despues de arreglarse se colocó por sí misma en la mesa de operar.

Caso séptimo—No he podido recojer los datos necesarios para hacer una buena historia de este caso, y lo único que presenta de interés es la incision con objeto de formar el diagnóstico. Esta no debe practicarse sino cuando se piensa hacer en seguida la operacion; en el caso de que sea realmente un quiste del ovario.

Antes que la enferma fuese visitada por el Dr. Marengo se le hicieron varias punciones; mas la puncion no debe hacerse sino cuando encontramos la paciente en condiciones especiales que contra-indican la operacion radical. Otro proceder no hace mas que complicar el caso sin dar resultados favorables.

El Dr. Fock hizo la puncion en 132 casos y perdió 25 de ellos en dos dias, Dr. Kirwisch perdió 9 en 64 casos en 48 horas: últimamente el Dr. Aguilar la hizo en una enferma, y esta á los tres dias dejó de existir.

En vista de esto los médicos siempre proceden hoy á estirpar el tumor apenas empieza á hacerse sentir desfavorablemente sobre la constitucion de la enferma.

Caso octavo—En la muerte de esta desgraciada niña debia sin duda tener alguna influencia un fuerte disgusto que habia recibido dias anteriores á la operacion; porque el estado moral de la paciente en los momentos de una operacion que conmueve hasta lo mas profundo del organismo, desempeña en su buen éxito un papel notable. El Dr. Paul Grenser, distinguido médico aleman; que ha ido espresamente á Inglaterra para estudiar la causa del buen éxito de la Ovariotomia en dicho pais, y despues de un estudio de seis meses, dice: La razon de que los cirujanos ingleses superan á todas las demás naciones en los resultados obtenidos en la Ovarotomia, consiste en la buena disposicion, tranquilidad de temperamento, resistencia y sistema nervioso de las mujeres inglesas, enlas buenas condiciones higienicas del local de la operacion, piezas bien ventiladas, la gran variedad de medidas precaucionarias y las enfermeras bien instruidas en su profesion. » El carácter argentino no se presta tanto á la operacion, porque predomina en

él el sistema nervioso. Me parece que la esplicacion que el Dr. Pirovano dá como causa de la muerte, es satisfactoria, y hay muchos ejemplos en la ciencia de este colapso ó profundo decaimiento del cual es imposible sacar al enfermo. Thomson hablando de la muerte de Napoleon III esplicó su muerte de la misma manera.

Caso décimo—Este es el último que se ha hecho en la República, pues como ya dije, desde algun tiempo á esta parte no se practica esta operacion, pero creo que pronto ofreceremos al mundo científico resultados tan favorables como los que se ven en otras partes. La esperiencia cuesta siempre caro. Este caso que presentaba tantas adherencias, apesar de que nunca se le hizo la puncion; la circulacion venosa tan abundante en las paredes del quiste, la naturaleza cancerosa del tumor, todo tendia á un resultado fatal. Llamo de nuevo la atencion á los señores Médicos sobre la necesidad de no dejar que los casos que tratan, lleguen á un estado de caquexia, que hace casi seguro un pronóstico desgraciado. Este último caso, operado un año antes, sin duda hubiese dado un resultado mejor apesar de su naturaleza maligna.

Breve resúmen de las operaciones

Hay diez casos de los cuales cuatro han dado buen resultado y seis malo.

Esto es ciertamente muy desfavorable, pero analizemos los casos que han dado mal éxito.

Caso núm. 2. Ha sido fatal porque se ha dejado pasar el momento oportuno para operar, las fuerzas de la paciente estaban agotadas, no podia resistir el shock.

Caso núm. 3. Ha sido fatal por razon del diagnóstico, y por ser canceroso.

Caso núm. 4. Ha sido fatal por su naturaleza cancerosa.

En resúmen, hubo 6 casos favorables para la operacion; de los cuales han sobrevivido 4. Este resultado en las primeras 10 operaciones hechas en el país es mas bien una estadística favorable: se puede decir que en pocos paises se han obtenido mejores resultados.

Tenemos cirujanos distinguidos en la República Argentina, cirujanos que puedan competir con honor con los cirujanos de cualquier parte del mundo, y ellos operando en casos que den alguna esperanza de buen éxito, han de conseguirlo, y estoy seguro que se han de ocupar en resolver algunas de las cuestiones que sucitan las operaciones mencionadas en la página que trata del estado actual de la Ovariotomia en el mundo científico.

Capítulo III

Las condiciones higiénicas de las mujeres que sobreviven á la Ovariotomia.

Este estudio está todavia un poco atrasado, debido á que recien en estos últimos años se ha practicado la Ovariotomia en grande escala, y además hasta ahora los cirujanos al hacer la historia de una operacion, se han contentado con mencionar su éxito sin preocuparse de los resultados que mas tarde pudieron producirse sobre la enferma.

Spencer Wells trató de llenar este importante vacio en la historia de la Ovariotomia, y hoy vemos con sorpresa no tan solo que es exelente el éxito de la operacion, sino tambien, que la mujer, despues de haber sufrido la pérdida de uno ó de los dos de estos órganos tan importantes en la vida, goza aun de perfecta salud: mientras las otras operaciones como, por ejemplo la amputacion ó desarticulacion del fémur, del Tallo,

de las ligaduras en las aneurismas espontáneas, muchas veces dejan al enfermo manco, con un catarro crónico de la vejiga ó se vuelve á producir el aneurisma en algun otro punto. La ovariotomía casi sin escepcion deja la salud en mejor estado que antes de la operacion.

Spencer Wells con el objeto de seguir este estudio mandó una circular á todas las enfermas que él había operado ó al médico de la ciudad en que vivian, pidiendo respondiesen á los puntos siguientes:

Nombre de la enferma?

Fecha de la operacion?

Estado actual de la salud?

Si se ha casado despues y cuándo?

Si el marido vive aún?

Si tiene familia?

Fecha de los nacimientos?

Sexo de los hijos?

Si había algo notable durante el embarazo ó en el parto?

Si muerta, la causa y fecha de la muerte?

Informar sobre cualquier diferencia que hubiese experimentado en su modo de ser con relacion á su estado anterior á la operacion?

De las respuestas á estas circulares, recojió los datos siguientes:

35 mujeres solteras en la época de la operacion había contraido matrimonio, de estas, 14 tenian un hijo, 6 dos hijos, 3 tres hijos, 3 cuatro hijos y 2 jemelos (importante).

De 259 mujeres casadas cuando se las operó, 23 habian tenido hijos. Dos que no habian tenido familia, la tuvieron despues de la operacion. Algunas que antes habian sufrido en la época de la menstruacion, quedaron completamente sanas. Muchas contestaron que se sentian mejor y mas fuertes que antes de la operacion. Spencer Wells deduce de esta investigacion que la vida fisiológica de la mujer no varía, si se esceptúa la reproducion que no tiene lugar despues de la extirpacion de los dos ovarios. Esto parece raro porque sucede algo muy diferente cuando se extirpan los ovarios en los animales; estos engordan y pierden los caractéres de su sexo, siendo sin duda la razon de esta diferencia que en los animales la extirpacion se hace cuando son pequeños, lo que no sucede en la mujer. El célebre Dr. Randolph Peaslee está completamente conforme con el resultado de las investigaciones de Spencer Wells, sin embargo cita unos cuantos casos raros como escepciones.

Cita el caso del Dr. Pott, quien extirpó los dos ovarios, sobreviniendo despues la atrofia de las mamas, el adelgazamiento y la pérdida de su menstruacion.

El caso del Dr. Jackson, en el cual la voz de la mujer se puso tan fuerte casi como la de un hombre.

Peaslee refiere haber visto tres mujeres con barba despues de haber perdido los ovarios ó que los tenian enfermos; estos cambios se verifican únicamente muchos años despues de la operacion.

Cita además los casos siguientes, de supuesta mens-

truacion, realmente metrotaxis, despues de la extirpacion de los dos ovarios.

Caso núm. 1 (Dr. W. L. Atlee)—La señora I. C. de 36 años de edad, madre de 6 hijos, menstruaba siempre á los 5 meses despues del parto. Menstruó bien el 20 de Marzo de 1854. El 17 de Abril del mismo año se le extirparon los dos ovarios. La menstruacion volvió en la misma tarde. En el aniversario de la operacion por varios años la señora me escribia, dándome cuenta de su estado, y siempre asegurándome que todos los meses le habia vuelto la regla, sucediendo lo mismo hasta el año 1864. La ví otra vez en el año 1868; tenia que afeitarse porque le habia salido una larga barba.

Caso núm. 2 (Dr. W. L. Atlee).—La señorita K. V. de 19 años de edad, menstruaba bien. El 25 de Abril de 1855 se le extirparon ambos ovarios.

El 25 de Octubre de 1855, ví de nuevo la enferma. Se habia casado, siempre sentia el molimen como antes de la operacion, además tenia una secrecion vaginal todos los meses pero no sanguinolenta y gozaba de la vida matrimonial.

Caso núm. 3 (Dr. H. R. Storer) Sarah. A. Colcard, de 47 años de edad, soltera, siempre reglaba bien, aunque escasamente. El 28 de Setiembre de 1865 se le extirparon ambos ovarios y el útero, con escepcion de una pequeña parte del cuello; por algunos meses sintió los síntomas de la menstruacion pero sin secrecion.

Caso núm. 4 (Dr. H. R. Storer)—La señora Dun·

ham de 43 años de edad, madre de 6 hijos, menstruaba bien. El 26 de Noviembre de 1867 se le extirparon ambos ovarios, á los dos meses volvió la menstruacion.

Caso núm. 5 (Dr. H. R. Storer).—La señora Mathews, se le extirparon los ovarios, sin embargo la enferma tenía una secrecion sanguinolenta mensualmente, que ha sido imposible detener con los hemostáticos tomados y aplicados esteriormente. El útero se encontraba sano.

Caso núm. 5 (Baker Brown)—Hace dos años que extirpé ambos ovarios á una señorita, sin embargo, siempre ha continuado reglando, pero no con regularidad.

Hay casos en que la estremidad de la trompa de Falopio queda al descubierto en la herida abdominal y segrega sangre todos los meses, observándose tambien algunas veces, una secrecion sanguinolenta de la vagina.

No hay la menor duda de que puede existir una secrecion sanguínea despues de la extirpacion de los dos ovarios; pero, cuál es su naturaleza? Parece que los hombres mas eminentes están conformes en que viene de la mucosa uterina y que es una metrotaxis.

ESTADO ACTUAL

DE LA OVARIOTOMIA EN EL MUNDO CIENTIFICO

Las cuatro grandes operaciones de la cirujía, recien en estos últimos años han podido tomar un lugar fijo en la medicina operatoria.

La Ovariotomia en manos diestras dá ya de 92 á 94 por ciento de buen resultado, y como antes mencioné, á veces mas.

El Dr. Kieth, en las últimas cincuenta mujeres que operó no perdió ni una, y el «Medical Times» y «Gazette,» de fecha 28 de Febrero de 1880, D. Juan Erichsen en un meeting del Royal Medical y Chirurjical Society, dá cuenta de cien casos operados sucesivamente por el método de Lister sin perder uno solo; Spencer Wells hablando de las ventajas del tratamiento antiséptico, dice, que las operaciones por el método de Lister no ponian á la par la habilidad y la ignorancia, pues siempre hay que tomar todas las precauciones que la esperiencia enseña como necesarias.

Estos dos grandes operadores siguen el tratamiento inter-peritoneal del pedículo, y han notado que la temperatura apenas sube 1° en los primeros dos ó tres dias mientras que el pulso presenta variaciones mas marcadas estando mucho mas bajo las influencias morales que la temperatura.

Estadística de los casos de Ovariotomia

PRACTICADOS POR EL DOCTOR SPENCER WILLS

Los primeros 100 casos han dado una mortalidad de							34p 00
« segundos	«	«	«	«	«	«	« 28 «
« terceros	«	«	«	«	«	«	« 23 «
« cuartos	«	«	«	«	«	«	« 23 «
« quintos	«	«	«	«	«	«	« 18 «
« sestos	«	«	«	«	«	«	« 15 «
« séptimos	«	«	«	«	«	«	« 12 «
« «	«	«	«	«	«	«	« 8 «

Ha hecho esta operacion en casi 900 enfermos, salvándose 94 de los últimos 100 casos.

Basta estudiar el cuadro que antecede para comprender lo que progresa la ciencia en el conocimiento y curacion de esta enfermedad, revelando además, lo que hace la práctica y competencia, en estos casos.

Dos de estas, cuatro grandes operaciones de las visceras internas, son la operacion Cesarea y la Histemotorria. En la Revista francesa «Bulletin General de Thérapeutique,» del 30 de Agosto de 1879, se encuentra la historia del importante caso siguiente:

María C., de 36 años de edad, entró en la Maternidad el 20 de Marzo. Esta mujer presentaba todos los signos de una mujer raquitica: talla $1^{m}23$; pélvis raquítica; seudo-ostio malacio; mide 6 centímetros de delante á atrás y tiene las paredes laterales fuertemente deprimidas; el cuello cerrado; ha sido imposible

hacer la cefalotripsia; las membranas se habían roto el 17 de Marzo; el niño estaba muerto hacía dos dias. M. Jainier resolvió operar por el método del Dr. Porro, que consiste, además de la operacion Cesárea en extirpar completamente el útero y los ovarios; lo hizo efectivamente y con feliz resultado, siguiendo el método antiséptico de Lister.

En los últimos años se ha hecho 29 veces la operacion del Dr. Porro, y quince veces con buen resultado.

Esta operacion ha sido practicada por primera vez el 21 de Mayo de 1876.

Se comprende la alta importancia de este método; la extirpacion del útero suprime dos de las causas ordinarias de la muerte, despues de la operacion Cesárea, á saber: la hemorrajia uterina y la peritonitis por derrame de los loquios en el peritoneo.

La operacion Cesárea fué suprimida en la Francia hace casi un siglo, debido al fatal resultado que daba en manos de los mas célebres médicos, pero unido al método del Dr. Porro vemos que dá mas de un cincuenta por ciento de feliz resultados por parte de las madres, y se salvan casi todos los niños. Se puede objetar que la extirpacion de los órganos genitales de la mujer las hace incapaces de concebir; pero esta operacion está indicado en las estrecheces de 6 á 6 y medio centímetros, y las mujeres con este defecto nunca pueden dar á luz un niño vivo.

Conozco una señora que cada vez que está embarazada, forzosamente recurre al aborto porque tiene una pélvis de 6 y 1[2 centímetros; sufre horriblemente

y no duda que como último recurso se separará de su marido, así creo que es muy conveniente tener presente el método del Dr. Porro, cuando nos presenta un caso de una estrechéz como la indicada.

El «Medical Times & Gazette» de Inglaterra, de la fecha Febrero 28 de 1880, trae un caso de la extirpacion de un riñon, el enfermo se salvó.

Realmente, meditando sobre estas cuatro operaciones, podemos esclamar: ¡hasta donde ha de llegar la cirujía!

Bº V

GUILLERMO RAWSON.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1. Anatomía—Estructura del hígado y de la vena Porta.

2. Patolojía general—Diferencia entre ilusion y alucinacion.

3. Materia médica y tirapéutica—Accion patolójica y terapéutica del arsénico.

4. Clínica médica—Tratamiento de las enfermedades del Corazon.

5. Medicina legal—Qué derecho tienen los enajenados ante la Lejislacion Civil?

6. Patolojía externa—Operaciones reclamadas por la presencia de calculo en la vejiga.

7. Partos—Operacion Cesárea.

8. Higiene—Empedrado de las calles de Buenos Aíres.