
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

Notas sobre un caso de quiste purulento del ovario, tratado por la incision y sutura de la pared abdominal.

A principios del mes de Febrero se nos presentó á la consulta una mujer de mediana edad, con un abultamiento considerable del vientre: 37 centímetros del apéndice xifoidéo al púbis y 38 de una espina iliaca á la otra.

A la percusion se encontraba matitez en la parte mediana y sonoridad en el flanco izquierdo, pero ninguna en el flanco derecho áun cuando se acostaba sobre el lado contrario.

El útero habia subido hasta tal punto, que por la region no se podia alcanzar más que muy superficialmente el hocico.

El vientre en general era sensible; la miccion se repetia á cada rato, de orinas turbias y purulentas; indicaba una cistitis. El estado general no era malo proporcionalmente.

Para completar el diagnóstico puncionamos el quiste en la linea blanca á igual distancia del ombligo y del púbis, y sacamos una cantidad considerable de serosidad espesa, como mezclada con sangre, dando lugar á un retraimiento suficiente del vientre, para suponer que si el quiste no era unilocular, á lo ménos habiamos puncionado la cavidad mayor, y las demás que pudiera haber serian de poca importancia por su tamaño.

Pero con esa puncion adquirimos la conviccion de que el quiste era adherente á las paredes del vientre por la parte anterior y por los lados, lo cual se nos habia ocurrido á lo ménos respecto del lado derecho, adonde no habia lugar para ninguna sonoridad. Notamos despues de vaciado el quiste que su retraccion se hacia más por la parte mediana que por los lados, fenómenos que nos explicaban las adherencias mayores en estos puntos.

El útero bajó poco, prueba de que era detenido por algunas bridas; su movilidad aumentó algo, pero era difícil sentirla bien por no poderlo alcanzar suficientemente.

Inmediatamente despues y en los días subsecuentes, aumentaron los dolores,

y se reprodujo con suma rapidez la cantidad del liquido. Al mes éste era tal vez más de lo que habíamos quitado, causando, además de las incomodidades debidas á su volúmen y peso, dolores que determinaron á la paciente á exigir la operacion por peligrosa que fuera.

No se le disimuló la magnitud de la empresa, pero la paciente quiso correr el albur.

En efecto, no dudando de las adherencias del quiste con la pared abdominal y con el útero mismo, pensamos en que probablemente la ovariectomía, si era posible, nos arrastraria hasta la histerotomía, porque no era probable que se pudiera separar el quiste del útero elevado en la cavidad abdominal. Muy probable era que viniera á constituir el pedículo el útero mismo.

Con la aguja del aspirador, que habia servido para vaciar el quiste, habíamos percibido en su cavidad, partes duras y aun incrustaciones que nos hacian temer el no poder extraerlo sin grandes dificultades.

Sin embargo, no nos pareció permitido rehusar la operacion, porque el que sufre sabe si una pequeña posibilidad de alivio vale la pena de arriesgar la vida. Despues de haber informado completamente á la paciente de la gravedad de su operacion, le dejamos quince dias de reflexion, y como insistia, procedimos el dia 28 de Marzo á las once de la mañana, con la buena ayuda de los Dres. Reyes D. Agustin, Egea, Martinez del Rio, Licéaga, Mejia, Nibbi y algunos estudiantes.

Se hizo la incision de las paredes del vientre desde el ombligo hasta el púbis, encontrándose el quiste revestido de una porcion de epiplon que bajaba hasta la region vesical, enteramente adherido y degenerado en parte en tejido de cicatriz, hasta el grado que se hacia difícil é imposible en partes, distinguir las dos hojas del peritonéo. Se intentó separar las paredes del quiste y del vientre por el lado izquierdo, primero; pero fué tal la resistencia, que la introduccion de los dedos entre las dos paredes se hizo imposible, adquiriéndose desde luego la conviccion de que seria imprudente insistir.

Se hizo la puncion del quiste y dió lugar á la salida de un liquido sero-purulentoso, espeso, en grande abundancia, seguido despues de grumos análogos á la albumina coagulada.

Habiendo salido la mayor parte del liquido, se hizo la sutura de la pared del quiste con la abdominal, y se empacó el vientre con algodón, despues de haber introducido en la cavidad del quiste un tubo doble de *drainage*.

Inútil es decir que esto se hizo en la atmósfera fenicada, segun el método de Lister, con las demás precauciones indicadas.

Se despegó algo la pared del quiste de la pared abdominal, solamente del lado izquierdo, porque se consideró ese lado como el que tuviera ménos adherencia: evidentemente segun los informes sobre los antecedentes, el quiste habia empezado á la derecha, y los dolores habian sido siempre mayores de este lado.

En el ángulo inferior asomó una asa intestinal cuando se hubo vaciado el quiste en la mayor parte; pero no llegó á salirse ni sufrió contacto penoso.

Sin embargo, esta circunstancia nos determinó á hacer en ese ángulo inferior la sutura profunda del peritonéo, con una aguja larga y fuerte, atravesando todo el espesor de la pared abdominal, de modo que la reunion peritoneal se asegurase impidiendo la posibilidad de la hernia.

Al volver del cloroformo, la enferma fumó un cigarro y no parecia haber sufrido más que despues de la puncion. La tarde se pasó sin dolencias. Es preciso advertir que segun una costumbre que tenemos hace ya tiempo, habia recibido ántes de someterla á las inhalaciones, una inyeccion hipodérmica de 2 centigramos de morfina, la cual contribuyó á hacer ménos grande la cantidad de cloroformo necesaria, y á sostener cierto grado de insensibilidad.

Creemos tambien, que los vapores fenicados contribuyeron por su parte al mismo resultado, y nos fundamos en que en los dias que precedieron á la operacion, se lograba calmar los dolores abdominales con las inyecciones repetidas de la solucion fenicada de 2 %, en agua pura.

La noche del dia 28 al 29 fué regular, sin reaccion ninguna; al dia siguiente pretendió la enferma que habia sufrido ménos despues de esta operacion, que despues de la simple puncion.

El 29 se pasó sin más novedad que unos vómitos de mucosidad estomacal, debidos, segun la enferma, al sabor de cloroformo que decia le habia quedado.

La noche del 29 al 30 fué absolutamente buena.

El 30 se levantó la curacion por primera vez, por encontrarse embebida en los líquidos despedidos por la cavidad quística. Estos no habian sufrido ninguna alteracion que indicara una fermentacion; su olor especial era idéntico al que tenian en el momento de la puncion. Se volvió á poner el mismo empaque algodonado.

Siguiendo los preceptos de Lister, cada levantada y puesta de aparato se siguió haciendo en la atmósfera fenicada.

Creemos poder atribuir á dicha precaucion un inconveniente, que es el siguiente: el enfriamiento de la enferma en el dia 30 nos parece le ocasionó algunas toses, y á consecuencia de ésta, sensibilidad en el vientre, sobre todo en el lado izquierdo, al nivel de las adherencias desgarradas. Se le ministró una infusion ligera de jaborandi, y notándose que la orina salia voluntariamente, era purulenta, se le dieron el dia 30, tres perlas de trementina y una inyeccion de un centigramo de morfina.

En la noche del 31 al 1.º, la tos volvió molestando á la prima noche; pero desde las doce á la madrugada, habia calmado algo bajo la influencia del jaborandi.

Amaneció el 1.º de Abril algo cansada y con alguna disuria; se aplicó la sonda, y salió muy poca orina de buena naturaleza.

En todos estos días se ha visto á mañana y tarde á la enferma, y el pulso y la temperatura se han mantenido normales, así como el semblante; solo su lengua ha sufrido alternativas de sequedad y saburras, sin estar nunca buena. La pared abdominal ha quedado sin novedad en su mayor parte; solo el lado izquierdo ha parecido ser el sitio de una peritonitis circunscrita.

El ángulo inferior de la incision se ha juntado por primera intencion, sin embargo de haber quedado bañado en el pus seroso, que sigue saliendo de la cavidad abierta, pasando más fácilmente por fuera de los tubos que por su cavidad.

No se ha hecho ninguna inyeccion ni locion deterativa, porque realmente no ha habido necesidad, no encontrándose vestigio de alteracion del liquido, ni de las partes que baña éste.

El día 2 de Abril, al amanecer, se encuentra la enferma en buenas condiciones, habiendo dormido la mayor parte de la noche; solamente señala alguna sensibilidad en el ángulo inferior de la herida; sin embargo, ésta parece bien unida. Los bordes, constituidos por la sutura *cutáneo-quistica*, parecen definitivamente adheridos, y salen las secreciones de la cavidad con abundancia, sin dar ningun mal olor que indique su alteracion. La orina ha sido voluntaria, aunque algo purulenta; la lengua algo saburral y seca. Es preciso tener en cuenta que no ha habido evacuacion desde la madrugada del 28; pero dice la enferma que solia quedar así hasta ocho días: pensamos en que conviene esperar que estén las adherencias más firmes, para provocar los trabajos de defecacion, sobre todo, atendiendo á la presencia de una asa intestinal en contacto con la sutura en el ángulo inferior de la herida.

El día 2 por la tarde se quejó la enferma de un dolor en la region vesical, que dijo haberia atormentado todo el día; sin embargo, la orina salió sola y era de buen aspecto; la lengua demasiado seca, y se queja la paciente de una sed excesiva.

Se sustituye el jaborandi con el té diurético, creyendo sea posible que el primero haya contribuido á este dolor. Se prescribe tambien una lavativa laxante para ayudar á desocupar la última parte del intestino, que puede estar repleto, habiendo trascurrido seis días sin evacuacion.

El día 3 á las seis de la mañana, la enferma se encuentra mejor, su lengua ménos seca y ménos saburral, el pulso muy flojo, pero no frecuente; la temperatura normal. Se nota disminucion en la cantidad de liquidos secretados por el quiste.

La persona que la asiste refiere que en las primeras horas de la noche fué mucha la agitacion, que despues de aplicada la primera mitad de la lavativa, 300 gramos de cocimiento de linaza con 30 gramos de aceite de recino, hubo un enfriamiento alarmante y dolores de estómago y vientre agudos; arrojó con ella corta cantidad de excremento, y siguió con inquietud, aunque menor, durmiendo ratos cortos. A la segunda lavativa de igual composicion, hubo una evacuacion

abundante y despues un sueño de dos horas. Sin embargo, todavia hay sensibilidad en el estómago.

Las secreciones de la cavidad quística han disminuido evidentemente, y tienden á ser ménos purulentas, sin ninguna alteracion apreciable por el olfato.

Se quiso ver si habia algun obstáculo para la salida de dichas secreciones, y se hizo una inyeccion directa en la cavidad; volvió el agua luego y casi limpia. Se hizo una inyeccion en cada tubo; penetraron con facilidad y volvieron luego hácia fuera. Esto indicaba que la retraccion era ya considerable y que tal vez la superficie de secrecion era ya muy reducida, asi como la cavidad que no admitia 90 gramos de agua.

A las once de la mañana visitó el Dr. Nibbi á la enferma, y la encontró en muy buenas condiciones generales.

Sin embargo, á las seis de la tarde habia sintomas que indicaban la mayor gravedad: tinte ictérico general; lengua cubierta de fuliginosidades amarillentas; palabra balbuciente; inquietud suma; mirada expresando el espanto; vientre meteorizado, sumamente sensible, sobre todo en la region vesical; la emision de la orina habia sido escasa y dolorosa; habia habido á las dos de la tarde un calofrio intenso y largo que habia sido la señal de todas estas complicaciones.

Atendiendo al excesivo dolor, se administraron luego dos inyecciones de un centígramo cada una de solucion de morfina; se volvió al uso del jaborandi y del té diurético.

En presencia de tanta gravedad nuestras esperanzas huyeron: evidente era que habia algo ó mucho de peritonitis; que el hígado participaba de la inflamacion, y que la circulacion biliar estaba estorbada. A la vez se podia suponer que habia algo de infeccion purulenta, y tal vez formacion de algun absceso en el hígado. La enferma indicaba el mayor dolor sobre el borde de esta víscera; la percusion no podia darnos los informes que hubiéramos querido, porque era dolorosa.

Creimos además que poco podria resistir la paciente á un conjunto de accidentes tan graves.

Sin embargo, á las seis de la mañana del 4, la encontramos notablemente mejorada; desde luego nos dijo la señora Directora del hospital, que la noche habia sido muy buena, y la enferma declaró que inmediatamente despues de la inyeccion de morfina habia entrado en consuelo y dormido toda la noche.

El tinte ictérico no habia variado, las fuliginosidades de la lengua habian minorado, pero ésta quedaba todavia seca y como apergaminaada; lo que si habia desaparecido completamente era el meteorismo y la sensibilidad del vientre, áun la de la region hepática.

El líquido emitido por la incision era mucho ménos abundante, y ya constituido por un pus francamente flegmonoso, en cantidad moderada, como debido á un absceso de mediana capacidad; ya no habia vestigios de serosidad quística.

Suponiendo que la gravedad del día anterior podía atribuirse á la inyeccion que se habia hecho, no se repitió; por otra parte, no estaba indicada, puesto que el pus no tenia mal olor ni mal aspecto, y que la abertura era más que suficiente para su salida continua. Deseando saber si no quedaba nada represado en la cavidad, se ejercieron presiones progresivas de cada lado de la incision, adquiriendo así la certeza de que la cavidad se vaciaba bien y que la sensibilidad era ya la menor posible.

En la tarde del día 4 habia vuelto el dolor agudo, la frecuencia del pulso á 120, el dolor fijo, sobre todo en la region precordial, el facies se habia alterado notablemente, y aunque no habia habido sensacion de frio, esta coincidencia nos inclinó la idea de dar bromhydrato de quinina. Se ministraron luego 5 centigramos de morfina en dos inyecciones, una en la region hepática, otra en la region precordial. Se dieron poco despues 50 centigramos de bromhydrato de quinina, otro tanto á las doce de la noche, y otro tanto á las seis de la mañana.

Habia habido varios vómitos y una evacuacion líquida en la tarde; la orina, aunque rara, no era ya purulenta.

El día 5 á las seis de la mañana, buenas noticias de la noche; ha habido sueño y quietud, el facies es ménos malo, la lengua siempre fuliginosa, más bien ménos que más; ninguna sensibilidad en el vientre, alguna todavia en la region precordial.

El vientre está muy poco meteorizado; el pus francamente flegmonoso, es un poco más abundante; pocos grumos hay; nada absolutamente sale por los tubos, y en medio de la incision entreabierta se asoma una de las vegetaciones que habiamos sentido en la cavidad del quiste; para facilitar su salida, y considerando el tubo inútil para la del pus, demasiado espeso, se extrae aquel sin ninguna dificultad.

Se aplicaron 2 centigramos de morfina en inyeccion subcutánea en la region precordial, y se prescribió otro papel de quinina para las cuatro de la tarde.

A las cinco se encontró á la enferma regular, no ha habido acceso; el día habia sido tranquilo; la anorexia menor, pues la enferma tomó con gusto por primera vez algun alimento y pulque; la lengua parecia con tendencia á limpiarse por los bordes y la punta; el semblante era mejor; el pulso normal; la sensibilidad precordial menor; persiste algo y hay algun dolor en la region hepática. Se aplican otra vez cinco centigramos de morfina, la mitad en la region esternal y la otra en la hepática.

La noche del 5-al 6 fué tranquila; á las seis de la mañana la enferma no se queja de ningun dolor; la lengua es ménos saburral; los bordes y punta se han limpiado algo. Estado general satisfactorio.

Al descubrir la abertura del vientre se encuentra una cantidad moderada de pus de buena clase; poca ó más bien ninguna sensibilidad en los lados, hasta el grado de que se puede coger y separar entre las manos los restos del quiste con

las masas sólidas que contiene: lo que llama la atención es que la pared quística del lado izquierdo, se está destruyendo por haber probablemente perdido sus elementos de nutrición; es de esperar que esta destrucción limitada, no permitirá la entrada de pus en la cavidad peritoneal: hasta ahora no hay señal de tal accidente.

A las tres de la tarde se volvió a ver a la enferma, y se encontró relativamente tranquila, habiendo dormido sus ratos, tomado su caldo, su huevo y algo de pulque, con gusto. Estado general más favorable; orinas de buen color y en cantidad suficiente; sin embargo, la paciente se queja de dolores en los hipocondrios; en los dos lados se le aplican dos inyecciones, cada una de 2 centigramos de morfina; se sigue el uso del bromhidrato, 1 gramo diario, jaborandi y té diurético.

El 7 por la mañana, aunque la enferma ha pasado regular noche, durmiendo ratos largos, sin embargo no hay duda de que la peritonitis se va generalizando; el meteorismo ha aumentado; aún se nota edema en las paredes del vientre y hay dolores fuertes en los hipocondrios; la supuración es normal, sin alteración notable. Siempre se ve asomando la masa fibro-quística que se veía anteriormente; pero la pared del quiste del lado izquierdo se ha reblandecido y separado de la pared del abdomen.

La orina es sedimentosa, abundante y de color subido, marcando la pronta destrucción de los glóbulos, que se nota ya en la palidez de la cara.

A las cuatro de la tarde no hay ya duda de una terminación pronta; la palabra es imposible, la respiración anhelosa. Todavía a las dos, la enferma tomó caldo; pero luego se marcó el principio de la agonía; el coma incipiente era interrumpido con gritos que indicaban dolores agudos; se aplican 2 centigramos de morfina en inyección, y muere la enferma a las nueve de la noche, sin haber sufrido, gracias al uso de la morfina, lo que suelen sufrir los enfermos que mueren con peritonitis.

A las cinco de la tarde del día 8 se practicó la autopsia, incompleta por la penuria del tiempo, limitándose a una incisión circular siguiendo los hipocondrios, que separara la pared abdominal de arriba para abajo, de modo que se penetrara atrás del quiste, separándolo hacia delante, si era posible.

Con verdadera sorpresa encontramos enteramente libres los intestinos; el epiploon solo había producido las adherencias; pero sobre todo, la cara anterior del quiste en donde se confundía con las paredes abdominales y quísticas, era también el sitio de la mayor inflamación.

Dividido este epiploon vascularizado arriba del quiste y endurecido en su proximidad, se pudo con la mayor facilidad atraer hacia adelante toda la masa quística perfectamente entera hasta el cuerpo del útero bien adherido; pero ni la vejiga, ni los intestinos, ni las paredes laterales del vientre, tenían adherencia ninguna. Nuestra primera opinión fué que hubiera sido posible la extirpa-

cion, y tal vez preferible; pero atendiendo á la extension de las adherencias epiploicas y á su notable vascularizacion, hubiera sido siempre considerable el traumatismo.

De la autopsia resulta, con toda probabilidad, que la muerte fué debida al desprendimiento prematuro de las paredes quísticas que señalamos dos dias ántes de la muerte, y que no pudimos remediar por estar reblandecido el borde del quiste y romperse bajo de la pinza.

En la proximidad de esta parte desprendida fué donde encontramos membranas que indicaban mayor grado de inflamacion. Supuracion habia en muy corta cantidad en la pélvis; el útero estaba más bien atrofiado, y venia, como lo habiamos previsto, á constituir el pediculo del quiste: era á la vez sumamente vascularizado, hasta con un color equimótico.

La extirpacion hubiera sido siempre muy grave por la extension de las adherencias, pero hubiera quedado más bien cerrado el vientre; sin embargo, en presencia de adherencias anteriores tan considerables era difícil suponer que quedara perfectamente libre el quiste por detrás, y sabiendo cuánto aumenta la gravedad con la multiplicacion de las adherencias, era natural detenerse. Lo que hubiera convenido mejor era el haber determinado nuevas adherencias con la pasta de Canquoin ántes de abrir el quiste. Siendo éste, como lo era, unilocular, se hubiera probablemente logrado el éxito, como se logró en un caso que referí hace años en los *Anales de Larrey*.

Por otra parte, era difícil que viviera mucho más la paciente con una coleccion purulenta tan considerable, que desde hacia tiempo daba lugar á un estado de infeccion repetida, interpretado por el aspecto de la lengua, vómitos frecuentes y orina purulenta.

J. FÉNELON.

HIGIENE.

DE LOS DULCES TEÑIDOS CON FUCSINA.

De poco tiempo á esta parte se ha introducido la costumbre en esta Capital, de teñir algunas sustancias alimenticias con la fucsina y sus materias colorantes derivadas; es muy conveniente, por lo mismo, estudiar esta materia, tanto respecto de su composicion como en lo que toca á su modo de obrar en el organismo.

Mi estudio ha tenido por principal objeto, aquellos dulces que con más frecuencia tiñen en el comercio con la fucsina; y que al mismo tiempo tienen mayor consumo, sobre todo en la clase pobre; tales son los confites y las *chara-muscas*.