

pero cuando la marcha del colapsus aproxima el coma, el delirio sobreviene y luego las facultades cerebrales se abolen.

La muerte se hace esperar varios días. Cuando el fin se aproxima, los dolores se apaciguan, los vómitos y el hipo se calman ó desaparecen, el corazón se debilita, haciéndose el pulso aun más pequeño é irregular, y la muerte llega, por lo común, sin grandes sufrimientos.

No siempre es fatal el desenlace de la peritonitis aguda: los síntomas graves pueden disminuir, el estado general mejorarse y el proceso inflamatorio agudo pasar al estado crónico.

La *peritonitis crónica ó sub-aguda* se establece.

Los vómitos y los dolores se apaciguan, la temperatura baja á la normal, pudiendo ofrecer exacerbaciones vespertinas, y no tardan los signos de derrame peritoneal en manifestarse.

El derrame peritoneal reviste los caracteres de la supuración, y la intoxicación general continúa acentuándose.

La constipación y el meteorismo continúan rebeldes á la medicación, y en un plazo de 15 ó 20 días, las enfermas sucumben en el marasmo y la caquexia septicémica.

El *diagnóstico* de una peritonitis es por lo general fácil.

La septicemia peritoneal aguda, post-operatoria, confirma su existencia en un conjunto de síntomas cuya concordancia es decisiva. Las modificaciones del pulso, la marcha de la temperatura, la sucesión rapidísima de todos los fenómenos infecciosos, rara vez permiten desconocer la naturaleza de los accidentes.

Las otras variedades de peritonitis tienen un cuadro de síntomas de tal manera claros, que su confusión con otras enfermedades no es fácil.

La *oclusión intestinal primitiva*, el *cólico intestinal*, la *hemorragia interna*, son accidentes que podrían imponerse por una peritonitis; pero el análisis detenido de los síntomas y la marcha de los fenómenos clínicos, disipan bien pronto la duda.

El *pronóstico* es siempre muy grave. La septicemia peritoneal aguda es casi siempre mortal, y las infecciones peritoneales menos violentas, no obstante el inmenso beneficio que han obtenido con los métodos terapéuticos modernos, no han perdido enteramente el alto carácter de gravedad de su terminación.

Llegamos al punto verdaderamente importante del estudio de

las septicemias peritoneales post-operatorias; es decir, á su tratamiento.

Para mostrar qué consecuencias tan formales tienen sobre él los conocimientos generales que hemos procurado adquirir sobre la patogenesia de la infección peritoneal y qué influencia no menos importante tienen sobre el resultado final, la pericia y la experiencia del médico tratante, citaré las observaciones siguientes, que me son personales y de las que, si algunas salen de la índole especial de este libro, pues no son casos de histerectomía, su importancia como afecciones sépticas del peritoneo me impele á asentarlas aquí.

Quizás mi susceptibilidad como cirujano se resienta un poco con la publicación de estos hechos; pero medítense al analizar estas observaciones, que las primeras de ellas corresponden al período de mi iniciación quirúrgica, cuando aun no obtenía la habilidad y destreza propias á un cirujano experimentado. Con deliberada intención elegí los casos siguientes, entre mi numerosa estadística de peritonitis post-operatorias. (18 casos).

OBSERVACIÓN I.

La Sra. Teófila Peralta, de 54 años de edad, soltera, nulípara, sin diátesis ostensible, domiciliada en México por el barrio de la Palma.

Padece de abundantes menos y metrorragias, de dolores abdominales intensos que le impiden el ejercicio de sus labores domésticas; es muy constipada, orina con dificultad y presenta calambres y neuralgias frecuentes en los miembros abdominales.

Le reconozco un gran tumor pélvico y abdominal, que diagnóstico fibro-mioma uterino: los anexos no se perciben.

El 16 de Junio de 1897 la cloroformamos, y le practico la histerectomía abdominal de CHROBAK. Extraigo un tumor muy voluminoso constituido por el útero y cribado de innumerables masas de fibro-miomas. Cierro convenientemente el vientre.

Día 16, en la tarde: Temperatura, 37°, 2. Pulso 85. Estado general satisfactorio. Muchos vómitos. Retención de orina que exige el cateterismo de la vejiga.

Día 17 en la mañana: La enferma está muy inquieta, los vómitos continúan muy acentuados, la orina se detiene aún en la vejiga: hay algo de hipo y ligero meteorismo. Temperatura, 37° Pulso, 100. Inyecciones de suero artificial y de estricnina. Hielo en el vientre.

El mismo día en la tarde: Agitación muy marcada, meteorismo muy pronunciado, vientre bastante doloroso, vómitos biliosos, hipo constante, dispnea y descomposición de la cara. Temperatura, 37° 4. Pulso, 130.

Nuevas inyecciones de suero artificial, de estricnina y de caféina. Lavado del recto con solución de permanganato de potasa. Administración de calomel, por la vía estomacal.

Día 18. Agitación extrema, ortopnea, vientre muy elevado y muy doloroso, regurgitaciones porráceas, *facies peritoneal*, pulso filiforme, á 140, temperatura, 38°.

A las cuatro de la tarde, muerte.

OBSERVACIÓN II.

Manuela Rosas, de 43 años de edad, viuda, nulípara, con antecedentes blenorragicos datando de diez años: fué operada por mí el día 22 de Mayo de 1897, por un pío-salpinx izquierdo. Domiciliada en la calle de San Lorenzo número 9.

El día que la veo, Julio 15 de 1897, tiene un tumor en la fosa iliaca derecha, con todos los caracteres de una colección purulenta anexial. La opero el día 26 de Julio de 1897, de histerectomía vaginal, y extraigo una bolsa salpingea del lado derecho, que se desgarró al salir y vierte pus fétido en abundancia. Dejo la vagina abierta y coloco en su cavidad una tira de gasa yodiformada suavemente colocada.

La tarde de ese día fué buena: Pulso, 86. Temperatura, 36° 8. Micción voluntaria. No hay vómitos.

Julio 27.—Temperatura, 37°. Pulso, 96. Se han presentado vómitos biliosos. El estado general parece bueno.

En la tarde: los vómitos son muy frecuentes, hipo constante, vientre poco doloroso y casi nada timpánico, las facciones descompuestas, la lengua seca, la respiración anhelante. Pulso á 150. Temperatura, 37° 5. Inyecciones de alcohol, de caféina, de estricnina, hipodermoclasia con 800 gramos de suero artificial.

A las 10 de la noche, muerte casi sin agonía.

OBSERVACIÓN III.

Angela Díaz, natural de Tlálpam, 40 años de edad, casada, múltipara; partos buenos todos. El último hijo tiene siete años.

Domicilio: calle Humboldt. Abundante leucorrea desde hace cinco años, y desde hace uno, grandes menorragias. Los dos últimos meses los ha pasado con un escurrimiento sanguíneo constante, por la vagina. No recuerda desde cuándo comenzó á sentir fiebre ligera en las tardes; pero lleva algún tiempo de tener elevaciones vespertinas de temperatura que nunca pasan de 38 ó 39°, como máximo.

Encuentro en el vientre un tumor uterino que diagnostico fibromioma. Los anexos uterinos parecen pio-quisticos.

El 24 de Marzo de 1898 le practico la histerectomía supra-vaginal intra-peritoneal por mi procedimiento, y extraigo el útero lleno de masas voluminosas de fibro-miomas. Las trompas estaban quísticas y purulentas, y en el ligamento ancho derecho había un pequeño absceso que abrí repentinamente y que contaminó el peritoneo.

Día 24 en la tarde: mucha agitación, hipo, vómitos incoercibles. Temperatura, 36° 7. Pulso, 92. Retención de orina. Inyecciones de estricnina y cafeína. Hielo al vientre.

Día 25 en la mañana: agitación extrema, regurgitaciones porráceas, colapsus, descomposición de la cara, retención de orina, ligera elevación del vientre. Temperatura, 36° 5. Pulso, 150. Inyecciones de suero artificial de cafeína y de aceite alcanforado.

A las doce del día, muerte.

OBSERVACIÓN IV.

Matías Hernández, 53 años, antecedentes hereditarios nulos; hace como 20 años cayó de un caballo y recibió un golpe en el vientre. Desde hace diez años notó un tumorcito abdominal que ha ido creciendo día á día. Domicilio: calle Estanco de Hombres. Enfermo de la clientela del Dr. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ.

Presenta un vientre descomunal: al nivel del ombligo 1m. 20 cent. de circunferencia. Accidentes graves de asfixia, edemas enormes de las piernas, amenazas de muerte por compresión torácica. Las punciones no dan sino unas gotas de un líquido coloide muy espeso. El estudio clínico del enfermo me induce á creer en un carcinoma del gran epiplón: opinan igualmente mis colegas Dres. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ, NUMA TORREA, ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO, JESUS VALDÉS SÁNCHEZ y MENDOZA FERNÁNDEZ.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

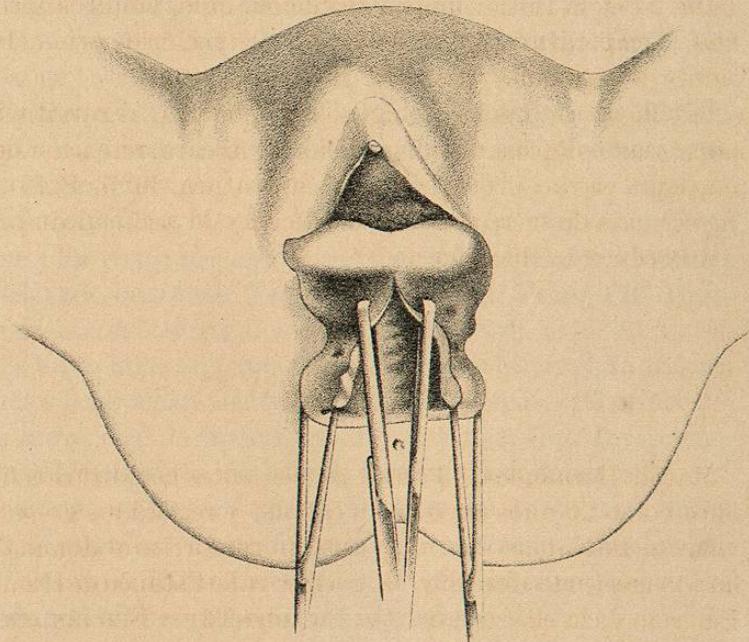


Fig. 87.—Extracción del útero, que continúa sostenido por los ligamentos anchos. (DOYEN).

Recurro á la laparotomía de urgencia, y después de una incisión abdominal enorme, logro extraer un monstruoso carcinoma del gran epiplóon, cuyo peso fué de *treinta y ocho* kilos. La disección del tumor fué en extremo laboriosa y la hemorragia muy abundante. Cierro el vientre, dejando lleno el peritoneo con suero artificial, é inyectamos en la vena mediana basílica izquierda, 1,000 gramos de solución de cloruro de sodio al 6 al millar. La operación la ejecuté en mi Sala de operaciones, el día 20 de Mayo de 1898, ante numerosísima asistencia de médicos y estudiantes de medicina.

20 de Mayo en la tarde: estado general bastante bueno. Temperatura, 36° 6. Pulso, 85. Retención de orina.—Inyecciones de estriquina y de la solución llamada fisiológica.

21 de Mayo á las 2 a. m.—Buen estado. Temperatura, 36° 8. Pulso, 83. Micción espontánea abundante. El enfermo ha dormido algo. Respiración regular, tranquila.

21 de Mayo á las 8 a. m.—Continúa la mejoría. Toma 100 gramos de leche y no los vomita.

21 de Mayo á las 10 p. m. El operado ha pasado un día bueno: está muy animado y espera curar pronto. Temperatura, 36° 5. Pulso, 90.

22 de Mayo á las 11 a. m.—El enfermo pasó mala noche, está inquieto, ha vomitado algo, tiene una sed insaciable, el vientre se ha elevado bastante. Temperatura, 37° 2. Pulso, 120. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

22 de Mayo á las 2 p. m.—Situación grave: respiración acelerada, *facies peritoneal*, vientre muy elevado, escasez de orina, vómitos porráceos. Temperatura, 36° 2. Pulso, 150. Inyecciones de aceite alcanforado, de éter, de cafeína y estriquina.

El enfermo se mejora, pero á las 5 de esa tarde hace un esfuerzo, se endereza en su cama, y cae con un síncope, ante la vista del Dr. RICARDO TÁPIA FERNÁNDEZ. Todos los esfuerzos por reanimarlo son infructuosos: Hernández muere.

OBSERVACIÓN V.

La Señora Concepción C. de N. . . . de 38 á 40 años de edad, casada, leucorreica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo constantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que, aunque intermitente, le escorí la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . ha concluido por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística*, y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. JOAQUIN VÉRTIZ, NUMA TORREA, RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, ORTIZ, VARGAS, MONTENEGRO y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta, y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los gruesos vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso reseca el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno, en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la opera-

ción y augurando una rápida y venturosa curación, á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, ligeros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente, bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura, 37°.

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estricnina, caféina, esparteina y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6.0/0, en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad, y pasé