

REVISTA MÉDICA

DE

CHILE

PUBLICADA POR

LA SOCIEDAD MÉDICA

MONJITAS, NÚM. 68, ALTOS

SUMARIO

Editorial.—Saneamiento de Santiago, por el doctor R. Dávila Boza.—*Colaboración.*

Breves consideraciones acerca de la importancia verdadera de la antisepsia interna.

Dos capítulos de un libro en prensa, por el doctor Conrado Ríos V.—Noticia sobre

la fuente de Turi, por el doctor Marcial Martínez L.—Saneamiento de Santiago

(zonal central) entre el Cerro Santa Lucía, Río Mapocho, Alameda de Matucana y

de las Delicias, por don Valentín Martínez.—*Correspondencia.*—Casos de septi-

cemia gangrenosa, por el doctor Sierra M.—Contusión herziaria: peritonitis gene-

ralizada; laparotomía; muerte; por el doctor Sierra M.—*Sociedad Médica.*—Actas,

redacción del doctor Conrado Ríos V.—*Revista Extranjera.*—Tratamiento de las

quemaduras por la leche.—Incontinencia de orina tratada por la ruda aromática.

—Calidad de la leche de vacas alimentadas con alcachofas.—Población y raza

criminales.—La flegmasia alba dolens puerperal y la erisipela.—Sobre el régimen

y el tratamiento de los albuminúricos.—Neoplasmas malignos inoperables.—Eti-

ología del cólera.—Tratamiento del lupus, por el doctor R. Dávila Boza.—Influen-

cia de la ligadura simple del cordón sobre la expulsión de la placenta, por el doctor

R. Zegers P.—*Revista Clínica.*—Clínica de enfermedades nerviosas y mentales,

por el doctor J. R. Trincado del Villar.—*Crónica.*—El Matadero de Valparaíso.—

Congreso Médico Pan-Americano.—El doctor Greve.—Sociedad de Farmacia.—

Vacunación obligatoria, por el doctor Conrado Ríos V.

SANTIAGO DE CHILE

1893

COLABORACIÓN

Historia de dos operaciones cesáreas

Con motivo del feliz resultado obtenido en la operación cesárea que practicamos en el mes de Noviembre del año próximo pasado, nos ha parecido conveniente historiar los dos casos en que nos ha sido preciso practicar esta operación en nuestra ya bien larga práctica, ya que también nos parece que son las únicas operaciones de esta naturaleza aquí en Chile practicadas. En efecto, por lo que á nuestros profesores respecta, nunca los vimos que la hubieran hecho ni nos mencionaron caso alguno de que tuvieran conocimiento. Y si así no hubiese sucedido, nos daremos por muy contentos y satisfechos si logramos exhumar alguno más que pudiera contribuir á formalizar nuestra historia obstétrica en este punto.

Es un hecho perfectamente reconocido que las operaciones obstétricas por graves estrecheces pelvianas, han sido en Chile y son bien escasas; y sólo ahora parece comienza á presentarse de tarde en tarde. La poca densidad de la población y las facilidades de la vida de que nuestros antepasados han gozado, parece explica este fenómeno. La osteomalacia es entre nosotros desconocida y la raquitis una especie de *rara avis* que hace poco se ha atrevido á penetrar en nuestro cuadro nosológico. Poco común también han sido las afecciones vertebrales que produciendo el mal de Pott alteran la columna y ocasionan los pelvis cifóticas y los cifo-escolióticas.

Las dos operaciones que vamos á relatar corresponden á dos épocas distintas, casi á dos diversas éras científicas,

La primera data de 1877, cuando la antisepsia quirúrgica nos era casi desconocida y no se practicaba en los servicios clínicos ni hospitalarios; cuando una operación de laparotomía constituía un gran acontecimiento y manifestaba el corage casi imprudente de un cirujano osado y nada más; cuando la luz incierta del triunfo de la antisepsia clareaba en lejanos horizontes y su luz no alcanzaba á iluminar los Andes.

A esa primera éra pertenece nuestra primera observación. Fué esa operación se puede decir feliz, por cuanto la enferma no sucumbió á la infección, sino que se extinguió suavemente al *shoe* de una operación gravísima emprendida al quinto día del trabajo del parto, en una mujer en quien las fuerzas estaban agotadas y cuando el feto principiaba á entrar en descomposición. La paciente sucumbía minutos después de pedir alimento y de sentirse mejor y al tercer día de la operación.

La segunda es llevada á cabo en la época de la antisepsia, y más principalmente de la asepsia quirúrgica, y cuando la cirugía abdominal ha recobrado tantos progresos. En ésta se tomaron precauciones y se llevó á cabo siguiendo los adelantos realizados en una operación que ensancha cada vez más sus dominios, y á cuyo levantamiento han contribuido Porro, Sängér y la moderna escuela francesa. Aquí el útero es extraído, suturado, limpiado, casi desinfectado y en seguida repuesto, tal como debe hacerse siguiendo lo que Potoski llama la operación cesárea moderna.

El éxito de esta segunda operación es por eso más seguro; y no hay nada de extraordinario en la obstención de un feto vivo y en la sanidad de una mujer que sale de alta á los veinticuatro días de su operación. También el caso se prestaba para resultados favorables, ya que el parto principiaba, que las fuerzas de la parturienta se encontraban íntegras, que la dilatación no sobrepasaba de cuatro centímetros y que el feto se encontraba vivo y en las mejores condiciones de viabilidad.

En la relación que vamos á hacer de ambas observaciones, la primera aparece falta de datos que el tiempo nos ha ido borrando de la memoria y haciendo perder nuestros apuntes, al paso que la otra solo se va á revestir del escaso tiempo que ha podido dedicarle nuestro ayudante para su redacción.

Hélas aquí;

OPERACIÓN CESÁREA POR RAQUITIS AL QUINTO DÍA DEL TRABAJO
DEL PARTO.—MUERTA AL TERCER DÍA POR SHOC. 1877

En la tarde del día 12 de Septiembre de 1877 llegaba á pedir una cama en la Maternidad X. X., de treinta y un años de edad, embarazada de término y en el cuarto día de un penoso trabajo de parto. No pudiendo obtener mejoría en la calle, viene al establecimiento en busca de alguna operación que la salve. Examinada con la debida detención, dice que no pudo andar hasta la edad de nueve años porque fué muy enfermiza desde chica; que, según ha oído en estos días, el doctor Sazie (don Lorenzo) había dicho en aquel tiempo que no podía tener familia; lo que probaba que en la infancia sufrió de raquitis. En efecto, á la sola inspección de las extremidades inferiores, se nota los caracteres distintivos de esta afección: los huesos de los muslos y de las piernas están chuecos, tienen una gran inflección; las articulaciones son gruesas y los pies se encuentran doblados hacia su parte interna. La pelvis está bastante deformada, siéndonos imposible dar sus dimensiones por habérsenos extraviado nuestros apuntes; sólo conservamos el recuerdo y una observación puesta al margen de otras notas, que el diámetro más angosto del estrecho no pasaba de *tres centímetros*.

El feto se mostraba de vértice y estaba muerto. No se pudieron percibir ruidos cardíacos, y el mal olor que principiaba, venía á dar más certidumbre á la muerte del producto de la concepción.

La operación cesárea se imponía como la única posible, ya que la introducción de cefatotribos y su manejo iban á estar impedidos por estrechez tan considerable.

Decidida la operación, se practicó en la mañana del día 13, por cuanto carecíamos de los elementos necesarios para practicarla la noche misma de su ingreso. No hubo aquí método antiséptico empleado; fué sólo la limpieza la que hizo el gasto.

Cloroformada la paciente, se abrió la cavidad abdominal y nos encontramos á más de un edema bien pronunciado de las paredes, con la vejiga vesical llena. Felizmente no fué tocada por el bisturí. Uno de los ayudantes á quien había confiado esta operación antes de poner á la paciente en la cama de operaciones, tuvo la mala idea de no informarnos que no había podido introducir la sonda. La impresión que la cabeza fetal ejercía sobre la vejiga, le había impedido penetrar. Extraigo con rapidez la orina, empu-

jando la cabeza y usando una sonda metálica para hombre, sale más de medio litro de orinas.

Es conducido el útero al medio de la insición abdominal y es enderezado, á la vez que se aplican las paredes del vientre á sus costados para impedir la caída del agua del amnios y de la sangre en la cavidad del abdomen. Practico la incisión con un bisturí y tengo la fortuna de no encontrar la placenta en mi camino. El feto es extraído con cuidado y en seguida desprendo la placenta y las membranas. La pérdida de sangre es poca y no obliga á ligadura alguna.

Inyección hipodérmica de ergotina que repito á los 10 minutos. Reducción del útero sin ligaduras; la retracción se hace con regularidad y detiene la escasa aparición de sangre. Sólo un punto del útero es tocado con la tintura muriática de fierro ó con una fuerte solución de ácido fénico (no recuerdo con cuál de ellas), practicándose en seguida las ligaduras.

Para el afrontamiento de las paredes abdominales, practiqué seis ú ocho grandes suturas profundas que comprendieron el peritoneo, y después numerosas suturas superficiales celulo-cutáneas.

Curación con glicerina fenicada; vendaje de cuerpo.

La operación duró hora y cuarto.

El feto era del sexo masculino y pesó 2800 gramos.

Día 13.—11 A. M. Temperatura 36°, pulso pequeño y frecuente. Aplicación de cubiertas calientes; botellas calientes; cordial anodino.

5 P. M. Temperatura 37°, pulso 130. El calor se ha difundido por todo el cuerpo, sudor abundante en la cara. La paciente se encuentra mejor y está tranquila.

Se la ordena para la noche la siguiente poción:

Agua.....	100	gramos
Hydrato de cloral.....	2	"
Alcoholaturo de acónito.....	2	"
Jarabe.....	20	"

M.

Para tomar una cucharada cada tres horas.

10 P. M. Temperatura 37°; pulso 130; sudor algo frío; uno que otro vómito, orina sola,

Día 14.—La enferma ha dormido algunas horas; ha estado tranquila. Sólo se ha quejado de una pequeña molestia ocasionada por una ligera capa de hielo que se le ha hecho colocar en el abdomen para evitar la inflamación peritoneal, en conformidad á las ideas reinantes de la época.

8. A. M. Temperatura 37°; pulso 140. En la mañana ha tenido uno que otro vómito, debido al parecer á la cantidad de agua que se le ha permitido beber. El vientre un poco meteorizado.

Más tarde se le permite tomar pequeñas porciones de caldo ó de leche.

La noche es tranquila.

Día 15.—Amanece bien. Se renueva la curación.

Á la 1 P. M. la paciente pide leche. Al regresar la enfermera, la encuentra agonizante y fallece en pocos minutos.

La autopsia nos muestra el útero retraído; no hay en el peritoneo exudación ni signos inflamatorios.

Á nuestro modo de ver, la operada ha fallecido bajo la influencia de un choque profundo, una especie de sideración nerviosa, debida á un trabajo muy prolongado y á una operación grave en una persona debilitada y abatida.

PELVIS CIFO-ESCOLIÓTICA.—OPERACIÓN CESÁREA.—FETO VIVO.
—CURACIÓN

(Observación recogida por el doctor don Carlos A. Gutiérrez, ayudante del servicio clínico)

N. N., soltera, de profesión cocinera, de constitución raquítica, de 25 años de edad, natural de....., entró el 28 de Noviembre de 1892 á ocupar el número 18 de la Maternidad, servicio del doctor Murillo.

La causa de la admisión fué el estado del trabajo.

Los antecedentes anamnéticos de la enferma eran los siguientes: Primípara, de menstruación regular, había tenido sus últimas reglas en Febrero de 1892 y durante su embarazo novedad ninguna. Los dolores habíanle principiado en su casa el día anterior 27 al anochecer; continuándose con regularidad hasta la hora de su ingreso, 9 A. M.

Como no adelantara el parto, la matrona le aconsejó su venida á la maternidad.

Añade que, cuando niña de 3 á 4 años de edad, sufrió un golpe

que le produjo la deformidad de la columna vertebral. Su salud ha sido delicada.

Examen de la enferma.

El aspecto de la mujer, su estructura pequeña, su claudicación, todo nos revela en ella una persona raquítica.

La cara es angular, los pómulos salientes, teniendo su rostro un sello especial que imprime el desarrollo anormal del esqueleto.

La columna vertebral es irregular, presentando las desviaciones de la cifosis y de la escoliosis, como indicaremos más adelante.

Palpación abdominal.—El vientre presenta la disposición característica designada con el nombre de *vientre en obús*. Las paredes abdominales son delgadas y podríase fácilmente diagnosticar, palpando, que la presentación es de vértice.

El tumor formado por la cabeza fetal se toca por encima del estrecho superior.

El útero está inclinado hacia la derecha. La cantidad de líquido amniótico es regular. El tamaño del tumor uterino indica una preñez de término.

Auscultación.—Los latidos fetales claros y distintos se oyen en el lado derecho por debajo de la línea umbilical.

Tacto vaginal.—La vulva es estrecha. La enferma acusa dolor á la introducción de los dedos índice y medio. La vagina misma se nota angosta. Los dos dedos paralelos en su dirección horizontal no pueden franquear el estrecho inferior. Las tuberosidades isquiáticas lo impiden. Siguiendo el tacto con el índice tan solo se puede alcanzar el cuello, el que está muy hacia atrás arrimado al fondo del saco posterior. Con el extremo de este dedo no se alcanza á tocar el promontorio. La dilatación del cuello es de 4 á 6 centímetros. La bolsa de las aguas está intacta.

EXAMEN FÍSICO

Altura de la enferma, 1 metro 20.

Columna vertebral.—Presenta dos incurvaciones. En la región dorsal presenta el tumor caracteres de la cifosis; y en las partes laterales la estrechez es de tal naturaleza que hace clasificar la enfermedad que nos ocupa como *cifo-escoliótica*.

Pecho deprimido en su parte superior. El apéndice sixfoides parece pronunciarse.

Miembros.—Presentan incurvaciones dependientes del raquitismo. Son delgados; sus curvas flácidas.

PELVIMETRÍA EXTERNA

Diámetro ántero posterior

<i>a.</i> De la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar al borde superior de la sínfisis. Conjugado externa ó diámetro de Baude- locque.....	23	centímetros
--	----	-------------

Diámetros transversos

<i>b.</i> De una espina iliaca anterior y superior á la opuesta.....	22	"
<i>c.</i> De una cresta iliaca á la otra.....	25½	"
<i>d.</i> Bi-trocantereano.....	27	"
<i>e.</i> De una espina iliaca posterior y superior á la opuesta.....	7	"

Diámetros oblicuos

<i>f.</i> De una tuberosidad isquiática, á la espina iliaca posterior superior opuesta.....	16.5	"
<i>g.</i> De la espina iliaca anterior y superior á la espina iliaca posterior y superior opuesta.	20	"
<i>h.</i> De la apófisis espinosa de la 3. ^a lumbar á la espina iliaca anterior y superior.....	18.5	"
<i>i.</i> De la parte media del borde inferior de la sínfisis pubiana á la espina iliaca posterior y superior.....	17	"

Escavación. Estrecho inferior

Entre los dos fondos de la cav. catiloid....	5	centímetros
Cocc y sub-pubiano.....	6	"
Bi-isquiático.....	3.5	"
Altura del pubis.....	5	"
Espacio del pubis.....	2	"

PELVIMETRÍA DIGITAL

El diámetro conjugado del estrecho superior tiene 11 centímetros. El sub-pubiano 12.5. El oblicuo izquierdo por las enseñanzas del índice se puede apreciar que es un poco mayor que el derecho.

Los del estrecho superior son los arriba apuntados.

Una vez verificado el examen prolijo de la enferma, se acordó en vista del grado de la estrechez que imposibilitaba la extracción, aún por aquellos medios que más reducen los diámetros del feto practicar la operación cesárea, á las 3 P. M. del mismo día.

PREPARATIVOS

a. Desinfección de la sala operatoria.—Piso paredes y suelo fueron lavados con la solución fenicada al 50 por 1000; acto continuo, cerrando herméticamente todas las puertas y ventanas, se la sometió á la acción prolongada del ácido sulfuroso.

La temperatura á que se mantuvo la sala durante la operación fué de 28°. La saturación de la atmósfera se obtuvo mediante el funcionamiento de dos *spray* hacia el medio de la sala, aparato que dirigía un chorro de vapor fenicado hacia arriba.

b. Desinfección de la enferma.—En la mañana se la hizo tomar un baño de cuerpo entero.

Evacuación del recto, por medio de lavativas boratadas.

Desinfección prolija de los órganos genitales externos con solución fenicada al 3 por ciento.—Inyección vaginal con creolina al $\frac{1}{2}$ por ciento.

Se hizo el cateterismo de la vegiga y por último después de razados los pelos abdominales y pubianos, se lavó el abdomen, primero con jabón y cepillo, sublimado al 1 por mil, después con eter, y en seguida con alcohol absoluto.—Para evitar trato ulterior se colocó compresas sublimadas sobre el abdomen.

Instrumentos.—Se les sometió durante una hora al calor seco y fueron después colocados en la solución fenicada al cinco por ciento.

El catgut, seda y esponjas usadas en la operación estaban preparados de antemano mediante riguroso procedimiento antiséptico.

OPERACIÓN

Esta principió á las 3½ P. M., terminando una hora después. Los doctores Amaral, Frías y otros la presenciaron.

Narcotizada la enferma y estando seguros que entre la pared abdominal y el útero no se interponía ningún asa intestinal se practicó una incisión en la línea alba de 15 centímetros.

Era tan delgada la pared abdominal, que del primer corte con el bisturí se llegó al plano del peritoneo; reconocido éste, previa abertura de un ojal, se le abrió con la tijera hasta igualar con la herida externa. Inmediatamente apareció á nuestra vista el útero con su color azulado lívido, surcado por gruesos vasos venosos.

Éste hallábase inclinado hacia el flanco derecho, pudiendo verse fácilmente hacia el lado izquierdo los ligamentos anchos y las trompas que por la torsión de la víscera estaban inclinados hacia el plano anterior. Lo primero que hubo de hacerse fué modificar esta inclinación trayendo al frente de la herida abdominal la parte media de la cara anterior del útero.

Hasta este momento la pérdida sanguínea era insignificante. Dos á tres pinzas habían bastado.

El peritoneo se fijó también con pinzas, para facilitar posteriormente, su sutura.

Incisión uterina.—Manteniéndose por los ayudantes bien aplicadas las paredes abdominales al útero para evitar así, en lo posible, la introducción de sangre ó de líquido amniótico al interior de la cavidad peritoneal, se hizo una incisión vertical de 13 centímetros de largo en la parte media de la cara anterior.

Atentos á la hemorragia los ayudantes colocaban pinzas en los ramos arteriales gruesos.

Rotas inmediatamente las membranas, se presentó á nuestra vista la pelvis y miembros inferiores de un feto de término. Su extracción se hizo rápida y con toda felicidad, tratando el operador de presentar á los menores diámetros fetales en sentido transversal y haciendo dar, por último, á la cabeza movimientos, al desprenderse, fijándose al pubis como en un parto normal.

Sin accidente el que menor transeurrió este difícil tiempo de la operación. Luego se ligó y cortó el cordón. Este niño ha estado cuidado de un ayudante y de la matrona.

La placenta, cuya inserción encontrábase en la cara posterior y hacia el fondo, se extrajo normalmente.

Inmediatamente después de esta extracción vino una fuerte contracción del útero.

La cavidad del útero se limpió bien con esponjas asépticas y con agua esterilizada

La hemorragia fué poco abundante.

Afirmarse puede que la operada perdió menos sangre que en un parto normal.

Permeabilidad del cuello del útero.—Desembarazado el útero de todo coágulo y limpiada su cara anterior por medio de compresas con agua esterilizada, se procedió á efectuar las suturas uterinas.

La contracción del útero había ya reducido a 8 centímetros la incisión y las paredes que al corte presentaban un espesor de 8 milímetros habían adquirido un espesor triple de 25. Esta misma contracción había disminuído mucho la sangre.

Sutura uterina.—Se practicaron 8 suturas profundas entrecortadas con seda fuerte. Ninguna vez se desgarró el tejido uterino.

La sutura del peritoneo visceral se hizo con catgut; fué continua.

Sutura abdominal.—Sutura peritoneal, continua con catgut.

Sutura de los planos músculo-aponeuróticos.

Aquí no hubo necesidad de hacer suturas profundas, visto lo en extremo delgado de las cubiertas abdominales.

Después de un lavado cuidadoso de la enferma, aplicación del apósito y vendajes, se la trasladó á su cama, en donde se la abrigó convenientemente.

Cantidad de cloroformo empleada: 60 gramos.

Ergotina: 2 gramos, solución Dusart.

Día de la operación, temperatura..... m. 37.2

28 de Noviembre..... f. 37.2—100

Duerme tranquila.

29. Á las 4 A. M. vómitos biliosos; vientre un poco meteorizado. Se le aconseja tomar trocitos de hielo y champagne helado..... m. 37.5—100
d. 37.2—100
f. 37.2—100

30. Los vómitos continúan. La enferma ha dormido, sin embargo. El meteorismo del vientre ha au-

mentado. Champagne helado. Hielo. Leche.
 Una inyección de ergotina. La enferma acusaba
 la existencia de un tumor cerca del ombligo.
 Útero bien contraído. Duerme tranquila á esta
 hora con toda regularidad.....

m. 36.9 -- 80
 d. 37 —100
 f. 37 —110

Diciembre 1.º—Los vómitos siempre la han molestado, pero mucho menos por los días anteriores.

El meteorismo disminuye..... m. 37.3—110
 d. 37.3—100
 f. 37. —120

Diciembre 2.—El estado de la enferma es muy bueno. Siente sólo mucho apetito. Se la permite tomar helados de leche.....

m. 37.5— 90
 d. 37.8—100
 f. 37.8—100

Diciembre 3.—Sigue muy bien.

*

Por mi parte sólo tendré que agregar á esta observación, tan bien detallada, dos cosas:

La primera es la confirmación habida en este caso del signo de Leopold para conocer si la placenta está invertida ó no en la cara anterior del útero. La proximidad de las trompas por la cara anterior existía aquí y la placenta se encontró en conformidad con lo dicho por este profesor en la cara posterior. Si las trompas hubieran estado aproximadas por la cara posterior, signo habría sido de otra colocación del órgano vascular útero-infantil.

Las ligaduras uterinas fueron practicadas con seda. En la primera, ó sea la muscular, comprendió la mucosa uterina y se había limpiado con cuidado. Del afrontamiento fácil que obtuve colegí que es inútil seguir el procedimiento de oblación de la pequeña rebanada que aconsejaba Sanger. En la peritoneal ó serosa, comprendí la parte superficial del músculo uterino para mantener más segura la coaptación de las superficies afectadas.

Todas las suturas, exceptuando la de la serosa peritoneal abdominal, fueron practicadas con seda. He elegido esta sustancia para evitar hemorragias, flojedad de los nudos y por su mayor comodidad. El hecho de no haber tenido molestia de ningún género en la convalecencia, me ha decidido para continuar usando en lo futuro la seda como la mejor materia en las suturas.

Los progresos tan admirables llevados á cabo en la cirugía abdominal, de lo cual es una prueba nuestra última observación, abre un ancho horizonte á la obstetricia y permitirá á los comadrones ser más atrevidos en los casos difíciles. ¡Ojalá llegue un día en que la embriotomía no sea practicada en fetos vivos, ni menos aconsejada! La humanidad la reclama.

DOCTOR A. MURILLO.

