

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y BIOLÓGICAS

Las Posibilidades Quirúrgicas en el
Servicio Médico-Social.

T E S I S

Que para obtener el Título de

MEDICO-CIRUJANO

Presenta el Alumno

LEON ZALDIVAR GUTIERREZ.

MEXICO, D. F.

1938.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES,
por el sacrificio que hicieron hasta
ver culminada su obra.

A MIS HERMANOS,
por la ayuda que me prestaron.

A mis Maestros de la Facultad,
con todo respeto.

A mis Maestros de Hospital,
por sus enseñanzas
que me dieron desinteresadamente.

A mis amigos y compañeros
de estudios.

Honorable Jurado:

Ante todo pido a los Señores del Jurado me juzguen con la mayor benevolencia por este pequeño trabajo. Es simplemente la enumeración de algunas intervenciones de cirugía que tuve oportunidad de practicar, en un medio completamente desprovisto de lo indispensable para tales actividades, pero que ante casos repentinos de enfermos de cirugía de urgencia, me vi precisado a ayudarlos hasta donde me era posible. Enfermos que por sus condiciones económicas y por la gravedad de su padecimiento, no era factible enviarlos a poblaciones donde se les pudiera atender con toda comodidad.

La población en que desarrollé mi servicio Médico-Social, es la Villa de Vicente Guerrero, Dgo., con unos 5,000 habitantes, situada en un lugar donde escasea el agua, abasteciéndose por el sistema de norias bastante antihigiénicas.

Generalmente ha carecido de atención médica, porque los médicos que han estado en esa población, permanecen temporalmente, unos cuantos meses al año, precisamente por el carácter agrícola de la región.

Debido a este motivo, los habitantes carecen, la mayoría de ellos, de una educación médica, y prestan más atención a aquellos que se dedican a la práctica de la medicina en forma empírica y sin conocimientos.

Las enfermedades endémicas son escasas, pero se presentan, algunas tomando a veces el principio de una epidemia, sólo que gracias a las actividades desarrolladas por los Servicios Sanitarios del Estado, son detenidas.

Así tuve oportunidad de ver cómo la viruela existe en forma esporádica pero persistente, ya que se llegan a registrar algunos casos por mes, siendo rara la ocasión en que no se tenga conocimiento de estos enfermos, por más del tiempo mencionado.

A fines de diciembre del año próximo pasado, se desarrolló una ligera epidemia, registrándose algunos casos y varias defunciones. Se envió un aviso por telégrafo a los Servicios Sanitarios del Estado y al día siguiente se presentó una brigada compuesta por un médico, un delegado y un ayudante, procediendo a la vacunación y a revacunación.

La enfermedad no cundió más, pero siempre no dejaron de presentarse, como antes, casos esporádicos.

La difteria, otra enfermedad que no deja de existir. Se atendieron varios enfermos durante los seis meses del servicio Médico-Social, también en forma endémica, uno o dos por mes. En las primeras veces receté sueros de patente que son sumamente caros y que casi no podían adquirir los familiares de los pacientes, pero después tuve conocimiento de que los Servicios Sanitarios proporcionaban este medicamento en forma gratuita, enviándoseme inmediatamente 20,000 unidades, las que pronto terminé pidiendo en dos ocasiones más.

A mediados del mes de enero se presentó en un pueblo del Estado de Zacatecas y muy cercano a los límites del de Durango, denominado "El Calabazal", un principio epidémico de fiebre tifoidea, ya que simultáneamente se registraron tres casos. Fui a ese lugar a hacer investigaciones rudimentarias acerca del aprovisionamiento de aguas y supe que se abastecían de un manantial muy próximo al poblado; y del de legumbres, proviniendo de otra población donde no se habían registrado enfermos de esta clase.

Avisé inmediatamente a los Servicios Sanitarios del Estado de Durango y me contestaron que se había comunicado rápidamente a los de Zacatecas, enterándome después que fué enviada una brigada a ese lugar. Posteriormente hubo algunos otros casos, pero no siguió adelante la enfermedad.

En el mes de febrero volvieron a presentarse algunos entre los trabajadores de la estación de Vicente Guerrero, los que estuvo atendiendo el otro agente polivalente que radicaba en el mismo lugar que yo.

Pero existe aún otro azote que continuamente está asolando aquellos lugares y en general a todos los que están fuera del alcance de la ciencia médica: la infección puerperal.

En la mayoría de las ocasiones, cuando los partos son fisiológicos y naturales, las rincereras no practican ninguna maniobra, siempre que el producto y las secundinas se exterioricen espontáneamente.

Algunas de ellas, las que se consideran con un poco de conocimientos, se atreven a practicar algunos tactos, por supuesto, que ni siquiera lavándose las manos. Los practican cuando el parto tarda un poco más de lo que ellas consideran natural o cuando la enferma sufre mucho por las contracciones enérgicas.

Cuando por algunas otras circunstancias el parto se prolonga más tiempo y sin saber en qué posición se encuentra el producto, si ya existe borramiento y dilatación del cuello, mandan comprar a la farmacia unas tres ámpulas de ergotina y aplican la primera; si después de un momento no se verifica el parto, aplican la segunda y esperan otro rato; si es infructuosa la espera, aplican la tercera y luego llaman al médico.

Fué la causa de que me encontrara en varias ocasiones en presencia de enfermas con dos o tres días de trabajo de parto, en un estado general muy delicado, con matriz tetanizada y producto muerto.

En algunas ocasiones se citaron por medio de las autoridades a todas las señoras que se dedicaban a la obstetricia empírica, pero no se pudo obtener ninguna colaboración por motivo de que tales señoras eran protegidas por las mismas autoridades.

En las veces que se lograba encontrar alguna de ellas, le insistíamos en que se nos llamara en todos aquellos casos en que comenzara a retardarse el parto y que notara el peligro de la enferma.

En todas las ocasiones en que fuí llamado para atender un parto, siempre fué distósico, pero fueron más las veces en que no solicitaron de mis servicios, por desconfianza y más bien por ignorancia médica, registrándose con cierta frecuencia nacimientos de productos muertos y azotando aquella región, la fiebre puerperal.

Se hicieron algunas aplicaciones de fórceps, por demás interesantes, ya que se improvisaba la operación en lugares inadecuados para ello y obteniéndose resultados satisfactorios.

En el curso de este trabajo cito uno de los más importantes, más bien para dar a conocer la forma en que se desarrolló la intervención.

CASOS QUIRURGICOS

Cualquier pasante de Medicina hubiera practicado estas intervenciones quirúrgicas, pues son de las que se ejecutan diariamente en los hospitales, sólo que en estos casos no se contaba con la comodidad de esos centros quirúrgicos: ropa estéril, instrumental suficiente, ayudantes, enfermeras, etc. En mi caso, yo asumí todos esos puestos.

Mis ayudantes nunca habían tenido ninguna práctica de cirugía y después de varias explicaciones acerca de su papel, podían adquirir una ligera noción de lo que iban a hacer. Procuraba que en el momento operatorio hicieran lo menos que fuera posible y únicamente así facilitaban mi tarea.

Algunas veces la hizo de ayudante el pasante de Medicina que radicaba en el mismo lugar; en otras ocasiones, cuando se necesitaba de aplicar anestesia general, la hacía de ayudante alguna otra persona, sólo que después de haberle hecho algunas explicaciones de su papel.

El puesto de enfermera lo hacía la señora administradora del hotel, donde tenía mi consultorio y que se ofrecía incondicionalmente a colaborar.

La sala de operaciones era el mismo cuarto de consultorio que tenía y de mobiliario sólo una mesa de curaciones y una mesa con cubierta de peltre.

De instrumental, sólo la primera intervención fué practicada con un reducidísimo número de instrumentos, sin guantes, sin batas estériles y sin compresas. Ya en las siguientes se pudo obtener todo lo indispensable de estos objetos, para practicarlas.

En todo lugar, dondequiera que sea, tienen forzosamente que presentarse casos quirúrgicos de urgencia, apendicitis, hernias estranguladas, penetrantes, etc., y es precisamente en estos casos, en que ningún medicamento podría salvar al enfermo, y para los que debemos estar preparados y obligados a hacer algo por salvarlos de una muerte segura.

Aparte de las veces en que se intervino de urgencia, se hicieron otras operaciones con todo lo suficiente del caso, preparación pre-operatoria del enfermo, esterilización de la ropa, etc.

Caso N^o I.—Ficha de identificación.—Nombre: señora A. M. de R. Edad: 30 años. Sexo: femenino. Estado civil: casada. Ocupación: Q. D. Domicilio: Vicente Guerrero, Dgo.

Antecedentes personales no patológicos: sin importancia.

Antecedentes personales patológicos: Hace un año le apareció una úlcera espférica en el velo del paladar, la que cedió rápidamente con los arsenicales.

Antecedentes familiares: Padres muertos recientemente; ella, de un padecimiento hepático, y él, de un dolor en el vientre que no supo precisar de qué naturaleza era.

Su esposo vive y es sano. Han tenido cuatro hijos que viven y son sanos.

Antecedentes ginecológicos: No abortos y todos sus partos normales. Reglas que duran seis días, precedidas y seguidas de leucorrea. Son dolorosas.

Estado actual: Enferma que presenta un cuadro abdominal agudo, en estado de choke, y facies peritoneal con un dolor fuertemente intenso en la fosa ilíaca interna derecha que había comenzado en la mañana en forma brusca y repentina. Provoca náuseas y escasos vómitos, lo mismo que deseos imperiosos de evacuar. Hay defensa muscular muy marcada en la fosa mencionada y menor en el resto de la pared abdominal, acompañada de hiperestesia cutánea, y reflejos abdominales abolidos.

Pulso rítmico hipotenso de 100 por minuto y temperatura de 38 grados.

La paciente dice haber padecido en otras ocasiones este dolor, pero no en forma tan intensa ni aparatosa como en el momento, y cuando no lo tenía, únicamente sentía una molestia dolorosa que le aparecía y le desaparecía sin motivo alguno, desde mucho tiempo atrás.

Interrogatorio por aparatos.—Digestivo: ligero estreñimiento crónico y de vez en cuando meteorismo moderado. Respiratorio: normal. Circulatorio: normal. Génito-urinario: aparte de lo mencionado, normal. Sistema nervioso: normal.

Exámenes de laboratorio: no se practicaron ninguno por lo urgente del caso.

Diagnósticos: síndrome abdominal agudo localizado a la fosa ilíaca derecha por inflamación rápida del apéndice cecal.

Pronóstico: En este caso, la primera visita se hizo a las tres de la tarde y se dejó en observación, diciéndoseles a los familiares de la enferma que si después de seis horas no había disminución de los síntomas, se tendría que proceder a la operación.

Tratamiento.—En la primera ocasión se le puso a dieta absoluta, reposo en cama y bolsa de hielo a permanencia. Una inyección de ifuseptina intravenosa. Y se le dijo al esposo que si para en la noche la enferma seguía igual, había necesidad de operar.

A las seis de la tarde el cuadro era el siguiente: Facies típicamente peritoneal, pulso de 120 y temperatura de 38.5 grados y sin disminuir nada los síntomas abdominales.

Se le aplicó otra ampula de Ifuseptina intravenosa y una de aceite alcanforado de tres centímetros cúbicos. Y entonces se les comunicó a los familiares la imperiosa necesidad de la operación en esos mismos instantes, aclarándoseles que debido a los escasos medios con que contaba para la intervención, no se podría salvar a la enferma. Accediendo los familiares a mis indicaciones se procedió a preparar los escasísimos elementos con que se contaba, a saber: una mesa de curaciones de las más sencillas, como único mobiliario de sala de operaciones; había, además, un lavabo común y corriente y una mesita de madera.

Como instrumental se contaba con: seis pinzas de Kocher, dos bisturíes, una tijera recta y una curva, cuatro tubos de catgut, seis agujas para sutura y dos para punción raquídea, una caja de metal para hervir los instrumentos, con dimensiones de 23 centímetros de largo, 9 de ancho y 5 de alto; una caja también metálica, un poco más grande, para conservar los instrumentos en alcohol, y una caja de Doyan con gasa chica y una tira larga que estaba destinada taponamientos.

La sala de operaciones era un cuarto común y corriente de un hotel de pueblo. Se sacó la cama y las sillas y se roció flit en abundancia, cerrándose la pieza.

Después de hervir dos horas los pocos instrumentos, se condujo a la enferma a la pieza y se comenzó la intervención como a las 22.30 del día 13 de octubre del año próximo pasado. Ni siquiera hubo tiempo de hacer coagulación sangrado. No se tomó tampoco la presión arterial por carecer de aparato.

Operador: Pasante de Medicina León Zaldívar Gutiérrez. Ayudante: Pasante de Medicina Francisco Gómez Palacio. Enfermera: señora del hotel.

Dentro de la misma pieza se encontraba un hermano de la paciente.

Primero: Nosotros sólo nos pusimos uniforme común y corriente, un lienzo en la cabeza y sin cubreboca. Asepsia de las manos con tintura de yodo al 20% y quitando el exceso con alcohol de 96 grados.

Apliqué la raquia como es de costumbre, inyectando 0.15 centigramos de novocaína. Después se puso a la enferma en posición de Trendelenburg.

Se hizo la desinfección de la pared abdominal y regiones circunvecinas correspondientes al lugar de la intervención.

Se pusieron como compresas de campo, cuatro gasas de unos 25 centímetros de largo.

Incisión pararectal inferior derecha, de diez centímetros de longitud. Se procedió a la apéndicectomía en primer lugar por el método clásico de Pouchet y dejando el muñón del apéndice libre, conforme la escuela de De Martel, no por querer seguir esa técnica sino por carecer de catgut atraumático y de pinzas de disección.

Después de haber terminado la apéndicectomía se procedió a examinar los anexos del lado derecho, encontrándose un ovario crecido, como tres veces mayor que el normal, con una zona como de dos centímetros de diámetro, congestionada, de color rojo vinoso y levantada en forma de cúpula. Teniendo un aspecto de un pequeño absceso, se procedió a la ovariectomía, aplicando dos pinzas en el pedículo y ligándolo.

Como no hubo pérdida de sangre en consideración en ninguno de los planos y órganos incididos, se procedió a la sutura total del vientre sin canalización.

Como detalle interesante de citar, diré que los instrumentos permanecían todo el tiempo de la intervención en alcohol y cuando alguno de ellos tocaba alguna parte aséptica, se flameaba inmediatamente, lo mismo que cuando se terminó la apéndicectomía, salvo los instrumentos de filo, como son las tijeras y los bisturís, todos los demás se flamearon y se pusieron en alcohol.

Una hora antes de la operación se le aplicó una ampula de aceite alcanforado de 3 centímetros cúbicos y una cápsula de nembutal.

Al terminar la operación se encontró un pulso de 100 por minuto, hipotenso, y 38 grados de temperatura.

Se trasladó a otro cuarto, donde se habían puesto botellas con agua hirviendo en la cama.

Se aplicó una ampolleta de surparil y otra de demalgonil juntas, substituyendo a la morfina. Bolsa de hielo e inmovilidad absoluta.

La enferma durmió la mayor parte de la noche y cuando estaba despierta no sentía grandes molestias sino un debilitamiento intenso, y presentó algunos vómitos mucosos.

El día 14, a las 8 a. m., tenía:

Pulso: 90 por minuto, un poco más tenso. Temperatura: 38.4.

Se le aplicaron durante el día tres ampulas de ifuseptina intravenosa, tres de aceite alcanforado de 3 centímetros cúbicos, bolsa de hielo.

Hubo algunos vómitos y en un momento presentó cólicos intestinales algo intensos. Ya para terminar el día el pulso aumentó a 100 por minuto y la temperatura bajó hasta 37.8 para las 22 horas.

Día 15. Pulso: 92 por minuto. Temperatura, 37.2. Estado general un poco mejorado. Vientre meteorizado y ligeramente doloroso.

Se le aplicaron durante el día: tres de ifuseptina, tres de aceite alcanforado de 3 centímetros cúbicos, y una de surparil-demalgonil, para calmar el adolorimiento abdominal.

Al mediodía la temperatura había permanecido igual, pero el pulso subió hasta 118 por minuto. El vientre continuó muy meteorizado y timpánico y se agravó un poco el estado general de la enferma, tomando su cara aspecto de facies peritoneal.

A las 15 horas se le hizo la primera curación con el objeto de quitar los puntos de Zarnof y se volvió a vendar fuertemente.

En la noche, como a las 22 horas, continuaba el mismo estado de gravedad de

la enferma. Vientro muy meteorizado y doloroso, facies peritoneal. Pulso de 104 por minuto y temperatura de 37.2 grados.

Con todas las precauciones posibles se le puso un enema de agua hervida de 300 centímetros cúbicos y cinco minutos después lo devolvió, arrojando alguna cantidad de gases.

La bolsa de hielo no se le quitó ni un solo momento desde la operación.

Día 16. A las nueve de la mañana se le encontró muy mejorada. Pulso de 94 por minuto, temperatura de 37, vientro meteorizado pero en menor proporción que anteriormente y muy poco doloroso. Se le pudo conseguir una sonda de Nelatón número 24 y se le estuvo poniendo intermitentemente, arrojando pequeñas cantidades de gases y descansando bastante.

Encontrándose en completo estado de mejoría, como a las 12 horas se le dió una tacita como de 150 centímetros cúbicos de leche malteada, muy delgada.

La única complicación que persistía en forma molesta era el meteorismo. A las 23.30 se le repitió el enema, sólo que de 500 centímetros cúbicos, y lo devolvió casi inmediatamente, sin arrojar gases. Le apliqué una ampollita de sulfato de estricnina de 0.001 y comenzó a sentir algunos cólicos intestinales, seguidos una hora después de evacuaciones en cantidad abundante de gases, bajando completamente el meteorismo y desapareciendo toda clase de molestias abdominales. La enferma durmió toda la noche sin trastorno alguno, encontrándose el día 17, a las 9 a. m., en las siguientes condiciones:

La enferma está casi sentada en la cama, en un estado general de franco alivio, con bastantes deseos de tomar alimentos.

Pulso, 84. Temperatura, 36.7 grados. Vientro normal, no doloroso y desaparecido el meteorismo casi en su totalidad.

En este día se le comenzó a dar un alimento denominado "Vegetabil" a pequeñas dosis.

Durante los días 18, 19 y 20 la molestó una cefalalgia pertinaz. El último día se le dió un purgante salino.

El día 21 de octubre se le dió de alta en las mejores condiciones de salud, con los siguientes síntomas:

Pulso, 76; temperatura, 36, 7 grados y vientre completamente normal.

Diez días después fuí llamado a su casa para tratarla de una adenitis inguinal derecha que le apareció sin ninguna causa. Le apliqué seis ámpulas de bismuto y desapareció después de la segunda inyección.

Al tercer día de operada le apareció un flujo blanco intenso, seguido de su regla, que le duró tres días y no fué dolorosa.

En el mes de febrero fuí a visitarla y me encontré con que estaba con su regla suspendida desde hacía tres meses, sin presentar molestias de ninguna clase. Después de una exploración y un ligero interrogatorio, hice el diagnóstico de embarazo.

Caso N° 2.—Ficha de identificación.—Nombre: R. R. Edad: 40 años. Sexo: femenino. Ocupación: Q. D. Estado civil: soltera. Originaria de San Martín, Municipio de Sombrerete, Estado de Zacatecas. Comenzó a ser estudiada el día primero de noviembre de 1937.

Antecedentes personales no patológicos: sin importancia.

Antecedentes personales patológicos: tos y catarro nasal con alguna frecuencia. Reumatismo crónico y ligero. Gripe de vez en cuando.

Antecedentes familiares: su padre vive y es sano. Su madre murió y no recuerda cuál fué la enfermedad. Tiene un hermano y es sano.

Antecedentes ginecológicos: comenzó a menstruar desde los 15 años, siempre ha sido bien reglada; ésta aparece cada 28 días, dura tres, no es dolorosa y es en cantidad siempre la misma.

Estado actual: Hace aproximadamente unos tres años notó la aparición de una pequeña bolita en el interior de su seno izquierdo, que le produjo cierta retracción de la piel que quedaba enfrente y a la que estaba muy unida. No sentía dolor alguno ni molestia y no le dió importancia. Un año y medio después creció más, hasta formársele una pequeña escara que fué aumentando también de tamaño y se formó en el centro de ella un orificio por donde escurría pus desligado y poco espeso. La ulceración le fué creciendo hasta hacérsele de un diámetro de 15 centímetros, con los bordes gruesos y rambersados y el orificio en el centro en forma de embudo.

Viéndose en esas condiciones y consultando algunas mujeres que se dedican a practicar la medicina empíricamente, le dijeron que se trataba de un tumor, ocurriendo así ante un médico.

Interrogatorio por aparatos.—Digestivo: normal. Respiratorio: normal. Circulatorio: normal. Renal: normal. Sistema nervioso: normal.

Exploración física.—Cabeza: normal. Cara: normal. Cuello: normal.

Tórax.—Cara anterior: Se encuentra a primera vista una gran ulceración en el seno izquierdo, de unos quince centímetros de diámetro, con los bordes gruesos e irregulares y cuyo centro adopta la forma de un embudo que termina en un estrecho orificio por donde sale un pus poco espeso, y bastante líquido acuoso-sanguinolento.

Palpando se nota que está endurecido el seno, y fijo a los planos profundos no es doloroso.

El seno del lado opuesto se encuentra completamente normal.

A la exploración de la axila se encontraron tres tumoraciones, la más grande del tamaño de una mandarina y las otras un poco más chicas.

Cara posterior: No se encuentran puntos dolorosos vertebrales ni nada anormal.

Abdomen: normal, no se encuentran puntos dolorosos. Extremidades torácicas: normales. Extremidades pélvicas: normales.

Exámenes de laboratorio.—Tiempo de coagulación: 9 minutos. Tiempo de sangrado: 2½ minutos.

Diagnóstico.—Epitelioma del seno izquierdo, con metástasis a la axila del mismo lado, que se desarrolla en una mujer de 41 años de edad y que no ha afectado gran cosa el estado general de la enferma.

Pronóstico: Fatal en todos sentidos, ya que su enfermedad se encuentra en un período muy avanzado, en el que la intervención quirúrgica puede practicarse aún, pero con bastantes probabilidades de recidiva de la enfermedad, y es lo único que podría salvarla.

Tratamiento.—Encontrándose un tiempo de sangrado un poco retardado, se le estuvo aplicando durante cuatro días una ampula diaria de 5 centímetros cúbicos de coaguleno, se le dió Hemovital hepático y el día 12 de noviembre de 1937, a las 8 de la noche, se comenzó la intervención.

Se pudo conseguir, con el doctor Rafael Briseño Camacho, que radica en la ciudad de Durango, todo lo indispensable de ropa y compresas y lo que faltaba de instrumentos; por lo tanto, la intervención se llevó a cabo con todo el material indispensable.

Operador: Pasante de Medicina León Zaldívar Gutiérrez. Ayudante: señora del hotel. Anestésista: Pasante de Medicina Francisco Gómez Palacio. Anestesia:

cloroformo. Enfermera ayudante: una señora que accidentalmente se encontraba alojada en el hotel.

La técnica fué la común y corriente, es decir: incisión que comienza en el borde anterior de la axila y en el límite del brazo, dirigiéndose por dentro del órgano y describiendo una curva de concavidad inferior, terminando inmediatamente abajo de ella. Se practica otra incisión desde el punto de partida de la primera y separándose de ésta describe una curva de concavidad interna, pasando por fuera de la mama y terminando en el punto final de la anterior.

La extirpación se comenzó de arriba para abajo, desprendiendo primero una parte de la piel y luego seccionando la inserción braquial del pectoral mayor, separándolo poco a poco de sus inserciones costales y desprendiendo todo el plastrón. Una vez hecho esto, se procedió a la raspa de las costillas enfrente de las cuales se encontraba el tumor, y las que estaban cubiertas por un tejido cartilaginoso, muy pegado a las costillas y cartílagos costales. Después de haber raspado hasta donde fué posible, ya que era un tejido muy sangrante y estaba una hemorragia en capa bastante pronunciada, se procedió al vaciamiento axilar, extrayéndose las tumores encontradas por la exploración, todo el tejido celular, hasta dejar completamente limpios los órganos axilares.

Se procedió a la sutura, alcanzando la piel muy forzado, al nivel de la mama. En la parte superior de la incisión se dejó un cigarrillo de gaza para canalizar.

Pulso y temperatura antes de la operación: pulso de 90 por minuto y temperatura de 36.8 grados.

Después de la operación: pulso 118 por minuto y temperatura de 38.6 grados. Palidez acentuada.

No se le aplicó más que aceite alcanforado tres veces al día y pedacitos de hielo a la boca, durante tres días. Al segundo día se le dió té frío, vomitándolo en las dos primeras veces y soportándolo en pequeñas cantidades después.

Por la noche se le dió, después del primer día, un amital para dormir.

Pulso y temperatura el primer día: pulso, 120 por minuto; temperatura, de 38 a 39 grados como promedio.

Segundo día. Pulso, 120; temperatura, 39 grados.

Tercer día. Pulso, 114; temperatura, 38.6.

Al segundo día después de operada se procedió a la curación primera con el objeto de quitar los puntos de Sarnof y extraer un poco el tubo de canalización.

Se encontró abundante secreción purulenta que había empapado por completo la compresa que cubría, de franco olor uréico, pues se le estuvo aplicando tres ampulas diarias de ifuseptina intravenosa.

En la parte inferior de la sutura se abrió un poco y daba salida a pus.

La enferma continuó con 110 a 120 pulsaciones por minuto y temperatura de 38 a 39 grados, aplicándose aceite alcanforado e ifuseptina, tres de cada una diariamente.

Siete días después se le quitaron por completo las grapas y se pusieron vendotes de tela adhesiva, encontrándose abierta la parte inferior de la herida y al nivel de la canalización.

Desde este día se le comenzó a dar comprimidos de Rubiazol y ocho días después había desaparecido por completo la supuración, que tan abundante era, cicatrizando perfectamente bien.

Desde principios del mes de diciembre hasta mediados del mes de febrero, la

enferma no presentaba la menor molestia, aumentó de peso y se sintió muy bien; pero ya para fines del mes de febrero comenzó a presentar primero una coloración rojiza en el lugar donde quedaba la tetilla, que pronto se hizo una eminencia del tamaño de una nuez de castilla, ulcerándose y dando salida a líquido blanquecino. No es dolorosa. Con facilidad sangra.

Ya para mediados del mes de marzo había crecido tres veces su tamaño anterior y habían aparecido dolores en la cadera izquierda que dificultaban en parte el movimiento de la misma y del miembro correspondiente.

Caso N° 3.—Ficha de identificación.—Nombre: A. S. Sexo: femenino. Edad: 40 años. Ocupación: quehaceres domésticos. Estado civil: casada. Originaria de El Calabazal, Estado de Zacatecas.

Antecedentes personales no patológicos: sin importancia.

Antecedentes personales patológicos: sin importancia.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Su primera regla apareció a la edad de catorce años; desde entonces hasta hace nueve meses no se le había suspendido. Siempre fué bien reglada, nunca era dolorosa ni duraba más de tres o cuatro días. No ha habido ni abortos ni partos.

Hábito exterior: Enferma que se encuentra acostada en el suelo, sobre un petate y cubierta sólo con una sábana muy sucia. Se le ve una cara pálida, con los ojos hundidos, semicerrados, que se queja muy retiradamente y que su estado general es de un gran agotamiento.

Estado actual: Nos refiere la enferma que desde hace nueve meses se le suspendió su menstruación, notando desde entonces algunos trastornos, principalmente de origen digestivo, como eran: vómitos, vértigos, repugnancia por algunos alimentos y, además, polaquiuria, viéndose también que el vientre le crecía poco a poco.

Desde hace dos días aparecieron primero los dolores de acomodamiento y después de algunas horas se iniciaron los dolores del trabajo de parto, siendo intensos, seguidos y enérgicos. Comenzó a arrojar primero mucosidades sanguinolentas y después escasa cantidad de sangre, seguida de una cantidad bastante de líquido.

Poco después fueron disminuyendo de intensidad los dolores, haciéndose también más retirados, hasta estos momentos.

Como dato especial, se le tomó inmediatamente el pulso y la temperatura, siendo de: pulso, 120 por minuto, un poco débil y rítmico; temperatura, 37.3 grados.

Interrogatorio por aparatos.—Digestivo: aparte de los trastornos ya mencionados anteriormente, sólo ha padecido de un estreñimiento crónico. Respiratorio: normal. Circulatorio: normal. Génito urinario: normal.

Sistema nervioso: sólo algunos cambios ligeros de carácter, a veces insomnio.

Exámenes de laboratorio: no se practicó ninguno por lo urgente del caso.

Exploración física.—Cabeza y cara: normales. Cuello: normal.

Tórax.—Región anterior: nótanse los pechos con las areolas pigmentadas, pezones grandes y tubérculos de Montgomery marcados

Región precordial: normal. Cara posterior: normal.

Abdomen.—Vientre globuloso, piel restirada, no hay cuarteaduras. Espesor del panículo adiposo, de unos cinco centímetros. A la palpación se distingue el diámetro mayor vertical, con una altura de 30 centímetros y una circunferencia de 108 centímetros. La tensión es dura y las contracciones uterinas vienen muy retiradas y débiles. La extremidad inferior del producto es la cabeza y se encuentra encajada, distinguiéndose el dorso hacia la izquierda y hacia atrás, tocándose muy apenas las

extremidades en la parte anterior y hacia la derecha. El foco de auscultación está en el cuadrante inferior izquierdo y se oye también en el cuadrante inferior derecho. 150 pulsaciones por minuto, muy débiles.

Tacto.—Cuello borrado, pero muy poco dilatado, apenas cabe la punta de un dedo, la bolsa está rota. Se identifica la extremidad cefálica del producto, ratificándose la posición hecha por exploración abdominal. Ya se encuentra en plena pelvis y ha franqueado el estrecho superior. El dedo sale lleno de meconio.

Exploración de miembros superiores e inferiores: normales.

Diagnóstico.—Embarazo a término con producto vivo y único que sufre, y localizado en presentación cefálica y en posición oúp; bolsa rota que se presenta en una mujer de 42 años de edad, muy agotada, pálida e inquieta y con dos días de franco trabajo de parto.

Pronóstico.—Interviniéndose inmediatamente desaparece todo peligro para la madre, pero el producto puede morir en las maniobras.

Tratamiento.—Aplicación alta de forceps.

Inmediatamente se cambia a la enferma a una mesa de madera, común y corriente, y se coloca de tal suerte que las caderas queden en la orilla de la mesa y las piernas flexionadas sobre los muslos y abiertas y los muslos flexionados sobre la pelvis.

Después de estar hirviendo por espacio de media hora unos guantes, me puse primero yodo y después alcohol en las manos, poniéndome después los guantes. Procedí primero a la dilatación manual del cuello; introduje un dedo, luego uno por uno y después, en forma de cono, fuí metiendo la mano hasta que entró; ya una vez hecho esto, se intentó una versión, pero no fué posible por encontrarse algo bajo la cabeza y no hacerse su regresión al vientre.

Se flameó el forceps y se enfrió en alcohol.

Después de haberlo introducido y articulado y estar listo para comenzar a hacer las tracciones, cloroformé a la enferma, hasta que estuviera dormida, y comencé a hacer las tracciones muy lentamente; tan pronto como la enferma comenzaba a despertar, le daba otro poco.

La cabeza se encontraba en posición transversa, con el occipucio hacia la izquierda; por lo tanto, se introdujo primero la rama posterior, que fué la izquierda.

La tracción era muy resistente y avanzaba muy lentamente, hasta que le fuí dando vuelta hacia el occipucio anterior y se vió francamente que entonces sí descendió.

No hubo rotura de perineo. La extracción de la placenta fué manual, saliendo íntegra, tanto ella como las membranas.

La enferma, después de un momento, despertó, diciendo no sentir ninguna molestia, y media hora después se quedó dormida.

El período post-operatorio no fué posible seguirlo, pero tuve noticias de que la señora estuvo muy débil por unos quince días cuando menos, insistiendo yo en saber si existía fiebre y me dijeron que no.

Caso N° 4.—Ficha de identificación.—Nombre: A. A. de T. Sexo: femenino. Edad: 57 años. Estado civil: casada. Ocupación: quehaceres domésticos. Originaria de Súchil, Dgo.

Comenzó a ser estudiada el 7 de diciembre de 1937 y fué operada el día 8 de enero de 1938.

Antecedentes personales no patológicos: sin importancia.

Antecedentes personales patológicos: reumatismo crónico, con accesos débiles y muy retirados. Con frecuencia anginas.

Antecedentes familiares: Su esposo es sano, sólo padeció hace muchos años blenorragia. Tuvieron ocho hijos, de los cuales, cuatro murieron chicos y uno ya grande.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: El primer hijo fué a los 19 años; después hubo un aborto de tres meses; nunca hubo necesidad de ninguna maniobra para sus partos ni hubo después complicaciones.

Sus reglas siempre fueron normales, de cuatro días, en cantidad regular, que se presentaban cada mes y no eran dolorosas; quedaron suspendidas desde hace cerca de diez años.

Evolución y estado actual: Hace 16 años tuvo su último hijo y desde entonces quedó con una molestia dolorosa en su vientre, en la parte inferior, encima del pubis. Aumentaba con el esfuerzo y desde entonces sus reglas se volvieron dolorosas, con una metrorragia intensísima que le dura cerca de ocho días, le desaparece por unos cuantos y le vuelve a aparecer la metrorragia dolorosa, estando así en estas condiciones aproximadamente por unos 8 años, desapareciendo después.

Le quedó un flujo, primero blanquecino y después amarillo purulento, acompañado de vez en cuando de sangre, hasta estos momentos en que viene a visitarme.

Siente latidos en la parte baja del vientre y una sensación de una bolsa que se le quiere salir por sus partes genitales y que se exterioriza más con el esfuerzo.

Tiene sensación de calambres en su pierna derecha y dolencias lumbares. A veces le aparece un escalofrío de una hora, seguido de elevación térmica que termina con sudores fríos de igual duración.

Interrogatorio por aparatos.—Génito-urinario: Orina frecuentemente en escasa cantidad y de un color muy amarillo subido. En la noche lo hace unas dos o tres veces con los mismos caracteres.

Circulatorio: Palpitaciones y sensaciones de algias precordiales de duración corta, con motivo de cualquier esfuerzo. Calambres en las piernas y a veces sensación de adormecimiento de los pies.

Digestivo: Desde muy chica fué dispéptica, pero sus molestias se acentuaron desde que comenzó a padecer su enfermedad. Ahora lo que más le aqueja es la pérdida del apetito, que a veces llega a una verdadera anorexia.

Respiratorio: Tos pocas veces, pero padece de un catarro constipado.

Sistema nervioso.—Insomnio desde el principio de su padecimiento. Se ha vuelto un poco violenta.

Exploración física.—Cabeza: normal. Reflejos pupilares normales. Faltan numerosas piezas dentarias y existen dos placas de prótesis. Cuello: normal.

Tórax.—Cara anterior, región precordial y cara posterior: normal.

Abdomen.—Vientre de pared flácida, vívices antiguas. Por palpación profunda se toca el fondo de la matriz, que es dolorosa.

Exploración de la vulva y órganos genitales.

Inspección.—Orquilla posterior hasta la proximidad del ano. Los labios se encuentran entreabiertos y dejan ver una tumoración rojo pálida, y diciéndole a la enferma que haga un esfuerzo, se entreabren más los labios y dejan salir una parte de la tumoración esférica, que presenta un orificio del tamaño de un níquel, por donde hace hernia una formación; sale un pus amarillento.

Con el espéculo se notan las paredes vaginales cubiertas de un moco-pus y el orificio del cuello uterino dilatada y dando salida a la secreción mencionada.

Al tacto se notan grandes excursiones del tumor uterino, sin que se noten por este medio de exploración, combinado con el abdominal, adherencias periuterinas.

A los lados del fondo uterino no se palpan las trompas ni los ovarios ni hay reacción dolorosa a la misma exploración combinada.

Miembros inferiores: normales. Miembros superiores: normales. Pulso: 106 por minuto. Temperatura, 37.8 grados.

Exámenes de laboratorio.—Pruebas pre-operatorias: tiempo de coagulación, 8 minutos; tiempo de sangrado, 2 minutos.

Diagnóstico.—Prolapso uterino con cistocele y pólipos uterinos, con una endometritis, sin adherencias peri-uterinas, en un enfermo del sexo femenino, de 57 años de edad.

Pronóstico.—Benigno en lo que se refiere a la vida de la enferma, pero seguirá padeciendo esas molestias hasta en tanto no se sujete a un tratamiento quirúrgico, pues es el único remedio en este caso.

Tratamiento.—Lo único y decisivo en esta enferma es la histerectomía y la restauración del suelo perineal.

Pero por falta de elementos suficientes, de medio apropiado y de ayudantes expertos, se procedió primero a hacer la colpoperinorrafia posterior, quedando pendiente la otra operación.

Tratamiento pre-operatorio.—En vista de tener un tiempo de coagulación retardado, de una taquicardia, de un flujo, se procedió a combatir estos trastornos.

El sangrado y coagulación por medio de extractos hepáticos y coaguleno, pudiendo llevarse hasta el normal.

Para el flujo se estuvieron haciendo curaciones locales y anti-infecciosos qui-

La intervención se practicó el día 8 de enero de 1938.
miotérapicos.

Operador: León Zaldívar Gutiérrez. Ayudante: Alirado Zaldívar Gutiérrez. Enfermera ayudante: señora del hotel. Anestesia: raquia. Instrumental: el indispensable.

Como detalle interesante diré que en el momento de aplicar la raquia, dos veces se hizo punción y salió sangre por la aguja, y se volvió a puncionar en otra parte, saliendo primero líquido céfalo-raquídeo y después sangre; no pudo más que disolver la novocafna en cinco centímetros cúbicos de agua destilada y aplicarla, haciendo el mismo efecto, como si se hubiera disuelto en el propio líquido céfalo-raquídeo.

La técnica fué la siguiente: Se hizo la resección triangular de una parte de la pared posterior de la vagina, cuya base de ese triángulo correspondiera a la orquilla posterior de la bulba. Se disecaron los elevadores y se suturaron, estrechando el conducto vaginal y dando más resistencia al suelo.

No hubo ninguna complicación operatoria; sólo se le aplicó aceite alcanforado. Permaneció la enferma encamada durante diez días, teniéndosele a dieta rigurosa, con el objeto de estreñirla y evitar movimientos perineales que pudieran desprender las suturas.

Después de los diez días se le dió un lavado, primero, y después un purgante de aceite de ricino, siendo dada de alta en un estado general bastante satisfactorio, permaneciendo en forma un poco rebelde el flujo uterino, el que seguramente no desaparecerá sino hasta en tanto no se practique la histerectomía.

LEON ZALDIVAR GUTIERREZ