

*Operación.*—Cloroformizada la enferma, practiqué una incisión de 25 centímetros por debajo del ombligo y al llegar al peritoneo salió una pequeña cantidad de líquido ascítico. Al reconocer la existencia de adherencias encontré el tumor libre, excepto alguna pequeña brida, que lo unía con la pared anterior y que se desprendió fácilmente. Puncioné el quiste y salió gran cantidad de líquido, hasta doce litros, pero el volumen del tumor era aún extraordinario. Abrí entonces el quiste cuyas paredes eran muy gruesas, é introduciendo la mano en su interior, pude romper algunos quistes secundarios y retirar gran número de coágulos sanguíneos, alguno de los cuales llegó á pesar una libra, recientes unos y antiguos otros: con esta maniobra, disminuyó mucho el volumen del tumor, pero no lo suficiente para pasar al través de la incisión, pues había masas sólidas bastante voluminosas, lo cual me obligó á prolongarla 10 centímetros hacia arriba por la derecha del ombligo, teniendo por consiguiente de longitud total 35 centímetros.

Entonces pude extraer el quiste con facilidad encontrando una adherencia fuerte y vascular con el epiploon que corté entre dos ligaduras.

El pedículo, de tres centímetros de longitud, era grueso y vascular: lo sujeté al clamp de Spencer-Wells y separé el tumor. Procedí escrupulosamente á la limpieza del peritoneo y apliqué la sutura, terminando la operación á los cinco cuartos de hora. La parte sólida del tumor pesaba siete libras. El otro ovario y el útero normales.

La reacción fué lenta pero franca: la temperatura alcanzó el segundo día 38 grados y el dolor abdominal intensísimo durante dicho día: no tuvo un sólo vómito ni se desarrolló meteorismo, á pesar de la gran cantidad de opio que tomó para calmar el dolor. La herida cicatrizó bien y el clamp se desprendió á los trece días.

El cuarto día empezó á alimentarse y el sexto comía ya bien: desde este momento comenzó á desplegarse un movimiento febril que alcanzó los 39 grados, sin remisiones, sin alteración ninguna local ni general, lengua bien, apetito invariable y con digestión fácil, en vista de lo cual calificué dicha fiebre, de fiebre de nutrición.

En la pared abdominal, por encima y hacia la derecha del ombligo, presentóse una induración, al parecer subcutánea, de unos seis centímetros de diámetro, que sospeché fuera un absceso en relación con la fiebre que existía: la puncioné con el trócar para salir de dudas, sin lograr resultado ninguno; lentamente fuése resolviendo hasta desaparecer por completo, aun persistiendo la fiebre.

La enferma se levantó á los veinte días y pudo salir de casa á los treinta persistiendo aun la fiebre de nutrición. A pesar de la alimentación abundante y de buena calidad, no empezó á nutrirse la enferma hasta los treinta ó treinta y cinco días: á medida que iba recobrando carnes desapareció por completo el movimiento febril.

A los cuatro meses de la operación estaba completamente desconoci-

da: había adquirido buen color, una gordura regular, había desaparecido por completo la curvatura de la columna vertebral y estaba ágil y fuerte para todo. La menstruación reapareció con regularidad dos meses después de operada. Actualmente disfruta perfecta salud.

LAPAROTOMÍA 6.<sup>a</sup>—Observación 4.<sup>a</sup> *Francisca Centol de Badiola.*—*Quiste unilocular del ovario izquierdo con adherencias epiplóicas.*—*Ovariotomía el 3 de Mayo de 1884.*—*En mi clínica (1).*—*Curación.*

Tenía 33 años de edad, de constitución robusta y buen estado general. Menstruó á los 14 años y se casó á los 17, habiendo tenido tres hijos de los cuales el último á los 24 años. A los 25 empezó á sentir dolores en la fosa iliaca izquierda, á los 26 tuvo algunas metrorragias que coincidieron con el abultamiento del vientre, que fué rapidísimo durante un año, con intensos dolores abdominales, pero luego fué creciendo con suma lentitud, hasta la época actual, en que presenta un abdomen abultadísimo (145 centímetros al nivel del ombligo) aunque todas las funciones se verifican bien y la enferma está ágil y dispuesta para todo, molestándola tan sólo el obstáculo del tumor abdominal.

*Operación.*—Incisión de 15 centímetros en la línea alba y en la parte media entre el ombligo y el pubis. Abierto el peritoneo y descubierto el tumor, reconocí la falta de adherencias parietales, viéndome obligado á puncionar el quiste y vaciarlo algo antes de este reconocimiento por serme imposible la introducción de la mano entre las paredes abdominales y el tumor, tanta era la tirantez que existía: vaciado el quiste, del cual salieron veinte y siete litros de líquido acafetado, lo extraje, encontrando una adherencia epiplóica que corté previa ligadura y en seguida sujeté el pedículo, que era largo, regularmente grueso y muy vascular, con el clamp de Spencer-Wells; separé el tumor, limpié el peritoneo, apliqué la sutura y quedó terminada la operación en treinta y cinco minutos. El otro ovario estaba sano.

La mayor elevación de temperatura fué de 38'5, los dolores abdominales moderados, los vómitos pocos, cayó el clamp al noveno día y una convalecencia no interrumpida hizo que pudiera darse de alta á los 21 días. Actualmente sigue en perfecta salud.

LAPAROTOMÍA 7.<sup>a</sup>—Observación 5.<sup>a</sup> *Teresa Teixidó de Perpiñá.*—*Quiste sesil multilocular del ovario izquierdo.*—*Adherencias parietales*

---

(1) Convencido de la necesidad de que estas operadas tengan un cuidado asiduo y esmerado y estén rodeadas de buenas condiciones higiénicas, que raras veces pueden encontrarse en el domicilio de las enfermas, con mi amigo el Dr. Formiguera, hemos fundado una clínica especial (calle Hospital, 133, 1.<sup>o</sup>), con un departamento para enfermedades del aparato sexual masculino bajo su dirección, y otro de ginecología bajo la mía, á fin de obtener las mejores condiciones higiénicas y de que los enfermos reciban la esmerada asistencia que necesitan. No dudo que esto tiene una influencia favorable en los resultados obtenidos, porque se atiende con minuciosidad á todos los detalles y se rodea á la enferma de todas las condiciones que puedan serle beneficiosas.

*extensas, á la cara inferior del hígado, al estómago, al colon, y á todo el fondo de la pelvis. Ovariectomía el 11 de Mayo de 1884.—En mi clínica.—Curación.*—De 42 años de edad, natural de Bañolas (Gerona), donde tiene su residencia habitual, es esta enferma de temperamento linfático-nervioso y constitución bastante débil. Según nota de su médico de cabecera, Dr. D. Juan Mascaró, sufrió una clorosis cuando joven, contrajo matrimonio á los 22 años, y, ninguna dolencia aquejó, habiendo notado tan sólo que después del último parto quedóle el vientre algo abultado; abultamiento que en Abril de 1882, sufrió un rápido aumento de volumen, que la obligó á consultar con su médico, quien se vió precisado á practicar la paracentesis en 15 de Junio del mismo año, extrayendo 15 litros de un líquido claro y albuminoso. Reproducido el líquido al poco tiempo, se practicó la segunda punción en 20 del siguiente Noviembre, operación que debió repetirse el 17 Febrero de 1883, dando salida á 4 litros de un líquido rojizo. A partir de esta fecha fué menos rápido el crecimiento del vientre y no se practicó la cuarta punción hasta Enero de 1884, en que se le extrajeron 20 litros de líquido, que se reprodujo con bastante rapidez, hasta que en 3 de Mayo del mismo año, vino á consultarme.

Su estado era en dicha ocasión poco halagüeño: facies ovárica perfectamente marcada en todos sus detalles; decoloración profunda del rostro, hundimiento de los carrillos, cara contraída, surcos naso-labiales profundos, ojos metidos y una expresión marcada de decrepitud y sufrimiento. El abdomen, abultadísimo, comprimía el diafragma y dificultaba la respiración; las funciones digestivas perezosas é incompletas, acompañadas de anorexia absoluta y de vómitos molestos: el aspecto del vientre era liso, con mayor abultamiento hacia la izquierda, macidez absoluta en todas partes, excepto el vacío derecho. En todas las regiones del abdomen, y muy especialmente en la zona infra-umbilical, percibíase al tacto sensación de calor ardiente y sensibilidad análoga á la de la peritonitis sub-aguda, que hacía sumamente difícil la palpación y molesta para la enferma el más insignificante movimiento, por los dolores que despertaba en toda la región abdominal. Existía astricción de vientre y micción frecuente y dolorosa, con escasa orina. En los órganos genitales había un prolapso del útero y de las paredes vaginales de tercer grado: la pared posterior de la vagina, muy herniada, me hizo creer en un rectocele, que el tacto rectal demostró no existir; el tumor formado por esta parte de la vagina, era pastoso y fluctuante, pero su fluctuación no comunicaba con la del abdomen, muy manifiesta en todos sentidos: las tentativas de reducción del prolapso no producían ningún resultado y eran sumamente dolorosas. La orina no presentaba ningún cambio que indicase alteración renal. El aparato respiratorio estaba bien y el sistema nervioso muy excitable y con un decaimiento moral profundo. El pulso latía 120 y la temperatura alcanzaba por las tardes 39° y remitía por las

mañanas á 38 y 38'5. Las extremidades enflaquecidas y huesosas, tenían escasa fuerza muscular, lo que reunido á los sufrimientos abdominales, hacían que la marcha fuese para esta enferma muy pesada y molesta. La menstruación se presentó siempre con regularidad y últimamente acompañada de fuertes dolores y en mayor abundancia.

Dados los antecedentes suministrados por el médico de cabecera y el estado actual de la enferma, diagnosticué un quiste del ovario con peritonitis sub-aguda generalizada. Creyendo que el cuadro que se me ofrecía á la vista estaba acentuado por la fatiga del viaje (3 horas de carruaje y 5 de tren), aplacé toda resolución hasta que el reposo de la paciente me indicase qué parte podía caberle á dicha causa. Algó mejoró en tres ó cuatro días, pero los síntomas capitales continuaron en el mismo estado, y, aunque no se me ocultaba la gravedad del caso y las pocas probabilidades de éxito, atendida la resolución de la enferma y la convicción que tenía de que una nueva punción paliativa nada mejoraría las condiciones de la paciente, dada su demacración y la peritonitis sub-aguda existente, para intervenir más adelante con mayor holgura, sino que por el contrario, aquella aumentaría y ésta consolidaría adherencias que quizás en los momentos actuales no presentarían gran resistencia, me decidí á practicar la ovariectomía, siendo al efecto trasladada á mi clínica en donde la operé el día 11 del mismo mes.

*Operación.*—Hecha una incisión de 18 centímetros entre el ombligo y el pubis, llegué hasta la hoja peritoneal que al cortarla encontré completamente adherida á la superficie del quiste: cerciorado de que estaba dentro la cavidad del peritóneo, busqué por los dos extremos de la incisión un límite á las adherencias parietales: y no encontrándolo, empecé á separar con los dedos las dos hojas peritoneales, que no ofrecían gran resistencia aunque al romperse las bridas crepitaban de una manera muy sensible: en cuanto pude introducir la mano debajo de las paredes del abdomen, comencé á desprender rápidamente las adherencias parietales con la punta de los dedos y los bordes de la mano, en busca de un límite que encontré hacia el lado derecho, por encima de la fosa ilíaca; la hemorragia no era escasa y para abreviar la operación, dirigí la mano hacia el lado izquierdo, en donde la unión era más fuerte, pero que procuré separar con la mayor rapidez posible hasta el vacío del mismo lado, donde tenían su límite; me dirigí hacia arriba, siempre desgarrando, hasta el epigastrio, donde la mano quedó libre, y al llegar á la región hepática, creía haber terminado con las adherencias, cuando una sensación especial del tacto y un resalto del borde anterior del hígado, me advirtió que tenía la mano entre el diafragma y la cara convexa de dicho órgano y que el quiste estaba adherido con la cara cóncava; busqué en seguida el límite de esta unión, hacia la parte derecha, que encontré bien pronto, y entonces, con los dedos índice y medio, sosteniendo con uno el hígado y apretando con otro el quiste, fuí desprendiendo con mucha parsimonia

el tumor de la cara inferior del hígado, en donde afortunadamente estaba unido por adherencias recientes y de escasa resistencia. Libre ya el quiste, lo puncioné en seguida, para que con la retracción del abdomen cesara la hemorragia parietal, que ya era escasa; vaciado el tumor, observé al retirarlo, resistencia marcada hacia el epigastrio, y explorando la región lo encontré adherido con la gran curvatura del estómago y la cara anterior del colon transversal; pude desprenderlo sin gran fuerza, por desgarro y sin necesidad de ligaduras. Retirado el quiste del abdomen, advertí que estaba completamente adherido á las fosas ilíacas y al fondo de la pelvis: con la punta de los dedos fuí desprendiéndolo de las fosas ilíacas, encontrando poca resistencia por el lado derecho; con una espátula lo separé con bastante dificultad del recto y de la vejiga, y al llegar á este punto de la operación, encontré dos quistes pequeños del volumen de una naranja, encajados y adheridos en el fondo de la pequeña pelvis y empujando el útero hacia fuera de la vulva: la procidencia formada por la pared posterior de la vagina, era ocasionada por uno de estos dos quistes, que, aunque adheridos por completo, no presentaron gran resistencia á la separación, habiendo encontrado en el fondo de la pelvis algún pequeño depósito de líquido lechoso, consecuencia de la peritonitis existente. Quedaba el quiste unido tan sólo á la región ovárica izquierda, en donde no había pedículo, y me ví obligado á hacer uno artificial de los restos del ligamento ancho y de las adherencias, dividido en tres porciones, que comprendían todos los vasos, cuya longitud no era mayor de dos centímetros, y que ligué separadamente, cortando en seguida el tumor y dejando las ligaduras perdidas.

Procedí luego á limpiar el peritóneo con gran número de esponjas bien enjutas, observándose en todas partes los síntomas de la peritonitis; la hemorragia quedó perfectamente cohibida, torciendo los vasos en unos puntos y con pinceladas de esencia de trementina en otros. Cuando retiré las esponjas secas y limpias, dejé dos en la pelvis y procedí á aplicar la sutura.

Colocados los puntos de sutura, retiré las esponjas empapadas completamente de sangre, y tanto yo como los ayudantes que más cerca estaban, quedamos sorprendidos por una hemorragia copiosa que llenó la pelvis en un momento: más sangre se perdió en este accidente que durante toda la operación. Creyendo que se había desprendido alguna ligadura, cogí fuertemente con los dedos el corto pedículo; la hemorragia cesó, se extrajo la sangre, haciendo nueva y escrupulosa limpieza del peritóneo, se aplicaron nuevas y apretadas ligaduras en el pedículo, y, no fiándolo todo á ellas, se cauterizó fuertemente con el termo-cauterio, la superficie del mismo. La hemorragia quedó completamente cohibida y el peritóneo limpio. El ovario derecho estaba sano, á pesar de sus adherencias con el quiste y de tanta alteración existente en la pelvis.

Ligados los puntos de sutura y colocado el vendaje, había durado la

operación siete cuartos de hora. Durante la misma, presentó la enferma síntomas de colapso y agotamiento, que los ayudantes encargados de esta parte de la operación combatieron oportunamente salvando todo escollo.

El quiste era multilocular, con una gran cavidad afelpada y gran número de pequeños quistes en su cara interna y dos cavidades pequeñas. El líquido algo oscuro y en cantidad de 15 litros.

Había terminado la operación á las once de la mañana. La reacción fué penosa, lenta, é interrumpida por ligeros síncope y síntomas de colapso: el calor artificial, las inyecciones hipodérmicas de éter, una mixtura fuertemente excitante y *champagne*, empleados oportunamente, gracias á una vigilancia exquisita, triunfaron de la situación, y hacia las once de la noche se había regularizado algo el cuadro: la enferma, aunque intranquila, estaba despejada; el calor bien repartido; el pulso si bien muy pequeño, era regular y de 130, respiración superficial y frecuente; temperatura, 37'2, bastante uniforme, si bien con tendencia á enfriarse las extremidades; poco dolor y estado nauseoso muy pronunciado pero sin vómitos. Toda la noche continuó el mismo tratamiento excitante, y además, opio para calmar el dolor que iba desarrollándose.

Día 12: A las 7 de la mañana 120 pulsaciones, pequeño y depresible, 37'1° y 28 respiraciones. No había dormido en toda la noche y tuvo el primer vómito. Gran tendencia al desvanecimiento. Había excretado 125 gramos de orina. 9 de noche 124 pulsaciones, 38'5° y 25 respiraciones: los vómitos se habían contenido con el hielo y el dolor con el opio, pero el estado de postración era intenso y el pulso muy débil, con sudor que se enfriaba fácilmente en las extremidades. Cada insignificante manifestación de agotamiento se combatía en seguida con Champagne, té con rón, alcohol de canela, éter, etc. Así pasó la noche hasta el día siguiente.

Día 13: A las 7 de la mañana 118, 38'1°, 44. El mismo cuadro del día anterior se sostiene y existe un estado nauseoso pertinaz. A las 9 de la noche 108, 38'3°, 21; la situación estaba más despejada; el pulso se había desplegado guardando relación con la temperatura y respiración; la enferma había dormido algún rato por la tarde; el dolor era tolerable. El mismo día á las 11 de la noche, se acentuó mucho el estado nauseoso, acompañado de regurgitaciones: el epigastrio estaba abultado y macizo, á la percusión, lo que indicaba con toda evidencia una parálisis del estómago con acúmulo de líquidos. Esta complicación hizo sufrir mucho á la enferma, y acentuó durante la noche el cuadro de desfallecimiento que pesaba sobre la operada, que tuve en cuenta junto con la excitabilidad de la enferma y la mucha impresión que le produciría el cateterismo esofágico, para abstenerme de practicarlo, permaneciendo en expectativa para hacerlo si las circunstancias lo exigían, y dejando á la enferma doce horas consecutivas sin ingerir absolutamente nada, al

término de las cuales la dilatación del estómago había disminuído en gran manera y la enferma logró conciliar el sueño cortos intervalos.

Día 14. A las 9 de la mañana 104, 37'9°, 21. Pulso pequeño, malestar y angustia, dependiente del estancamiento estomacal, que no ha desaparecido aún. 9 de la noche 104, 37'9°, 21. Está tranquila y abatida, poco dolor; tolerancia por parte del estómago, que le permite tomar té con leche. Durante la noche, sueño intranquilo y frecuentemente interrumpido.

Día 15. A las 9 de la mañana 100, 37'5°, 19. A las 9 de la noche 100, 37'9°, 21. Ha tolerado bien el té con leche cada tres horas. La orina, que durante estos días ha sido normal en calidad pero tan sólo de 250 á 300 gramos diarios, hoy es sanguinolenta con tenesmo y dolor vesical, y el mismo tiempo, aparece un flujo vaginal sanguinolento. Una deposición diarréica con dolores abdominales, aunque no peritoníticos.

Día 16. A las 9 de la mañana 100, 38'1°, 22. A las 9 de la noche 100, 38°, 22. Ha cedido el flujo sanguinolento y el tenesmo vesical. Ha tenido otra deposición. La lengua está bien y la enferma siente ligero apetito, que se satisface con alimentos sólidos.

A partir de este día, la convalecencia no tuvo ninguna interrupción, aunque fué muy lenta: no se presentó ninguna complicación en la herida ni en el vientre; la enferma tenía buen apetito y digería bien, lo que hizo que pudiera levantarse á los 23 días de operada y salir de la clínica á los 32.

He procurado extractar de las hojas clínicas, donde constan las observaciones y las impresiones recogidas cada dos horas por mis compañeros ó por mí durante los cinco primeros días que siguieron á la operación, á fin de que dada la importancia del caso, pueda cada cual comentarlo á su gusto, en los múltiples aspectos que presenta dignos de consideración.

Para que este caso sea notable en todos conceptos, aun no termina aquí la historia clínica de esta enferma. Al salir de la clínica se instaló en casa de un pariente suyo, de ésta, y á los cuatro días se presentó la menstruación acompañada de dolores pelvianos no muy intensos: la hemorragia fue regular y duró tres días. Por entonces había tenido que ausentarme yo de Barcelona, y había quedado la enferma bajo la dirección del Dr. Formiguera: dos días después de terminada la menstruación, presentóse una complicación que mi amigo me notificó en los siguientes términos: «dolor intenso en la fosa ilíaca izquierda y á lo largo de toda la parte interna del muslo del propio lado, concomitando con escalofríos seguidos de elevación de temperatura; edema doloroso en dicha extremidad, espontáneamente y á la presión; fosa ilíaca dolorosa á la presión: no recuerdo haber leído nada parecido, como complicación próxima ni remota de la ovariectomía, ni haberte oído hablar de semejante accidente en estos casos, aunque no lo creo desligado de la opera-

ción. Si fuese una púérpera, diagnosticaría una *flegmasia alba dolens*: como á tal la trato, con reposo en cama, quinina al interior, embrocaciones con tintura de yodo en la ingle y fosa ilíaca y paños calientes en la extremidad.» Era también nuevo el hecho para mí, y pensando como dicho señor, admití, después de vista y examinada la enferma á mi regreso, una trombosis de la vena ilíaca, origen de aquel trastorno. Esta complicación de la ovariectomía, especialmente como hecho remoto, la he visto posteriormente consignada en la excelente obra de Hegar y Kaltenback, aunque como fenómeno raro, y únicamente de este modo comprendo no hablen de ella, no ya obras generales de cirugía ó de ginecología, sino libros extensos y voluminosos, exclusivamente dedicados al estudio de los tumores ováricos y de la ovariectomía.

Insistiendo con constancia en el tratamiento antes mencionado, la enfermedad fué cediendo, pero con la lentitud que es sabido se cura la *flegmasia alba dolens*. Si se recuerdan las circunstancias especiales de la anatomía patológica de este caso, se comprenderá fácilmente que se presentara dicho accidente, que hizo que la convalecencia de esta operada se prolongara hasta medio año después de la operación.

Por lo demás, esta enferma, que á los dos meses y medio de operada regresó á su casa, cambió del todo su aspecto: se rejuveneció, adquirió buen color, nutrióse bien y cambió completamente su modo de ser. El prolapso del útero ha quedado reducido á un descenso de primer grado, de modo que no asoma por la vulva. Ultimamente me escribió que había cobrado fuerzas en la pierna enferma, y que se encontraba perfectamente bien, robusta y ágil, exceptuando alguna incomodidad en el bajo vientre durante los períodos menstruales, que han continuado siendo normales.

LAPARATOMÍA 8.<sup>a</sup>—Observación 6.<sup>a</sup> *Ángela Vivet de Suñol*.—*Quiste para-ovárico del lado derecho*.—*Ovariectomía el 21 de Mayo de 1884*. *En su domicilio*.—*Curación*.—De 39 años, constitución floja y obesa, y temperamento linfático, no refiere antecedentes patológicos constitucionales ni de otra índole. Comenzó á menstruar á los 14 años y siguió con regularidad, si bien que con escasez: contrajo matrimonio á los 20 años y tuvo dos hijos, con embarazos y partos felices. A los 29 años creyó notar se le abultaba el vientre hacia el lado derecho, á lo cual no dió importancia, porque no la molestaba en nada: la sospecha se confirmó, pues cada día iba acentuándose el crecimiento del abdomen, aunque ella no se veía molestada por sufrimientos de ninguna clase y los períodos menstruales seguían con perfecta regularidad: á los 35 años había adquirido un volumen enorme, por más que su estado general se resintiera poco; practicósele entonces una punción, que dió salida á la enorme cantidad de 47 litros de líquido claro y transparente, espumoso y que no producía depósito. Lentamente se reprodujo el líquido y sucesivamente sufrió otras tres punciones. Con todo conservaba buen color y estaba gorda, no existiendo alteración ninguna de importancia, consecutiva á la

existencia del quiste, como no sea una gran relajación de las paredes abdominales. Con estos datos y el examen de la enferma, podía establecerse con certeza y claridad el diagnóstico de quiste simple del ovario.

*Operación.* Practicada la incisión, pude reconocer la falta completa de adherencias; y después de evacuados del quiste 13 litros de un líquido claro y ligeramente citrino, lo extraje sin ninguna dificultad, pudiendo convencerme que se trataba de un quiste para-ovárico, que había separado las dos hojas del ligamento ancho del lado derecho, cuyo ovario no presentaba alteración de importancia. Fué fácil pediculizar el ligamento ancho por estar muy flojas y separadas sus hojillas, lo cual practiqué dividiéndolo en tres porciones que ligué separadamente y cautericé luego para dejarlas perdidas y emplear de un modo deliberado el tratamiento intra-peritoneal, que después he seguido aplicando á todos los casos de ovariectomía: nada se derramó en el peritoneo, que bien pronto quedó limpio, aplicando la sutura y habiéndose terminado la operación sin accidente ninguno, en 35 minutos.

Al reconocer la porción extirpada pude convencerme que se trataba realmente de un quiste para-ovárico, que como ellos era de paredes sumamente delgadas y poco vascular, sin presentar en ninguna parte vestigios de pedículo: el ovario del mismo lado había sido extirpado con el ligamento ancho y el del lado opuesto quedó en su sitio porque estaba sano. Este caso es uno de tantos que invalidan la regla sentada por algunos autores, de que los quistes para-ováricos se curan con la simple punción: Hart y Barbour sientan como principio, en la última edición de su obra (1885), que la punción cura los quistes para-ováricos, porque son tan sólo simples retenciones quísticas; algunos podrán curarse, pero la inmensa mayoría vuelven á reproducirse.

La enferma presentó una reacción franca; no sufrió dolores abdominales y tuvo escasos vómitos. Al tercer día sobrevino una congestión renal que desapareció pronto. La mayor temperatura fué de 38°. A los doce días abandonó la cama, apareciendo en esta época un absceso en las paredes abdominales que se hizo paso por la misma herida, ya cicatrizada, dando salida á una cantidad regular de pus: á los quince días estaba ya curado el absceso y la enferma pudo darse de alta á los 30 días de operada.

Actualmente está libre de toda incomodidad y completamente sana. Los períodos menstruales no han sufrido ninguna alteración.

LAPARATOMÍA 9.<sup>a</sup>—Observación 7.<sup>a</sup> *Eulalia Martí de Serra.*—*Quiste multilocular papilomatoso de ambos ovarios.*—*Adherencias fuertes á la fosa iliaca y al fondo de la pelvis.*—*Ovariectomía doble el 1.º de Junio de 1884.*—*En su domicilio.*—*Curación.*—De 33 años, empezó á menstruar á los 13, sin que se encuentren antecedentes hereditarios ni individuales dignos de mención; siguió la función catamenial con perfecta regularidad, si bien que dismenorréica, hasta que á los 22 años fué

interrumpida por un embarazo, sobrevenido al cabo de un año de matrimonio. El parto fué normal, reanudándose la hemorragia mensual con caracteres fisiológicos, hasta que á los 25 años sufrió metrorragias abundantes y rebeldes, que cedieron, por fin, regularizándose otra vez la situación hasta los 30 años, en que, la dismenorrea se hizo más intensa, disminuyendo al propio tiempo la cantidad de sangre derramada en cada periodo: por aquella fecha, sufrió intensísimos dolores en el bajo vientre y apareció un prolapso uterino que fué aumentando de día en día. A los 31 años empezó á abultársele el abdomen y á los 32 sufrió la primera punción, que tuvo que repetirse tres veces con intervalos de tres meses. La menstruación era cada vez más escasa y sufría retardos marcados. El líquido extraído por medio de la paracentesis era claro y citrino, habiéndose notado, después de la segunda punción, un abultamiento duro en la fosa iliaca izquierda, inmóvil y del volumen de una cabeza de feto, según datos proporcionados por el médico de cabecera Dr. Ballescá.

Cuando la ví por primera vez, cuatro días antes de operarla, presentaba el rostro enjuto y arrugado, color térreo, escleróticas sub-ictéricas y expresión de desaliento. El sistema nervioso, normal, y el aparato respiratorio, libre: pulso muy pequeño y frecuente, aunque no existía elevación de temperatura: aparato urinario excretando pequeña cantidad de orina, normal: aparato digestivo en un estado de atonía marcado, con astricción de vientre; lengua saburral, mal sabor de boca, inapetencia completa y vómitos frecuentes: extremidades torácicas enjutas y con poca fuerza muscular; las abdominales con edema bastante pronunciado hasta las ingles. El vientre estaba muy abultado, liso, uniforme y con la circulación venosa subcutánea desarrollada como en los casos de ascitis: la fluctuación era manifiesta y clara en todos sentidos; la palpación no descubría abultamiento ni induración en ningún sitio; por la percusión, estando la enferma en decúbito supino, se apreciaba sonido macizo en todas partes incluso los dos vacíos, exceptuando una pequeña zona sonora en la región gástrica, que por ningún movimiento ni posición de la enferma venía á ocupar la región culminante ó umbilical del abdomen; comprimiendo fuertemente la pared del vientre, por encima del ombligo que estaba en la parte media entre el apéndice xifoides y el pubis, de modo que se deprimiese cinco ó seis centímetros, se percibía sonoridad oscura; en el decúbito lateral se encontraba una zona sonora en el lado opuesto del decúbito, clara, extensa y movable, siguiendo el cambio de posición de la enferma, hasta trasladarse al lado opuesto, pero sin hacerse sensible en la región media del abdomen; existía ascitis abundante y manifiesta, y doy algún detalle sobre el síntoma, de no ofrecerse sonoridad en la parte media del vientre, aun tratándose de un derrame peritoneal libre, porque en todas la obras se señala como patognomónico, y yo he podido comprobar esta anomalía, sobre la cual callan los autores, en otro caso en que se trataba de ascitis consecutiva á una cirrosis hepática en un

hombre de 43 años; ni en uno ni en otro, estaban las asas intestinales adheridas para explicar satisfactoriamente el fenómeno, que sólo comprendo admitiendo que el mesenterio fuese corto para dejar flotar las asas intestinales hasta ponerse en contacto con la pared anterior del abdomen y las retuviese á una distancia determinada de la pared posterior; en los órganos genitales, el útero, aunque normal, estaba completamente fuera de la vulva, y en la vagina invertida, se notaba la presencia de líquido interiormente, que no comunicaba de un modo aparente con el de la cavidad peritoneal; con algún esfuerzo y determinando dolores, podía hacerse penetrar el útero hasta dentro de la vulva, pero volvía á prolap-sarse en seguida.

Atendidos estos síntomas, después de un detenido estudio del caso con los Dres. Formiguera y Rull, no pudimos llegar á un diagnóstico preciso, y dados los antecedentes suministrados por el médico de cabecera, admitimos la existencia de un tumor en la pelvis, sentando la indicación de incisión exploradora.

*Operación.*—Incisión de cinco centímetros en la parte media entre el ombligo y el pubis: el peritóneo estaba engrosado y edematoso y á su abertura salieron 18 litros de líquido ascítico. Vaciado el vientre, pude ver hacia arriba las asas intestinales, y en la pelvis, hacia la izquierda, un abultamiento duro y resistente. En seguida prolongué la incisión seis centímetros por cada extremo, á fin de tener campo operatorio suficiente, pudiendo observar que en la fosa iliaca izquierda, existía un tumor del volumen de una naranja grande, duro, inmóvil, de color nacarado y pulsátil, y en la pelvis, todo el estrecho superior ocupado por una sustancia papilomatosa con excrecencias como medio dedo pulgar, formadas de un tejido blando y friable que sangraba fácilmente y en abundancia. Temiendo fuese un aneurisma el tumor de la fosa ilíaca izquierda, hice una punción exploradora con la geringuilla de Pravaz, extrayendo un líquido claro y lechoso; todas las demás cavidades del quiste del ovario izquierdo estaban llenas de líquido negruzco y sanguinolento, y hago esta aclaración para que se note con cuanta facilidad, dirigiendo la aguja exploradora en otro sentido, hubiera podido incurrir en un error de diagnóstico y renunciar á toda tentativa de extirpación. En seguida procuré reconocer la posibilidad de la extirpación, introduciendo los dedos entre las paredes pélvicas y las excrecencias papilomatosas, y encontrando algún sitio libre empecé decididamente la extracción, comenzando por el tumor del lado izquierdo: estaba fuertemente adherido á la fosa ilíaca por fuertes y gruesas bridas fibrosas, que le tenían sujeto sobre la arteria iliaca que le comunicaba la pulsación; se cortaron entre dos ligaduras con el cauterio: luego pudo vascularse algo el tumor para ir cortando y ligando numerosos cordones, algunos gruesos como el índice, que le tenían ligado á distintos puntos de la pelvis y desprendiendo adherencias menos fuertes, hasta que se extrajo un quiste multilocular papilomatoso

del volumen de un pequeño melón. Quedó en el lado derecho una masa análoga á la primera, que se extirpó aplicando varias ligaduras y desprendiendo numerosas adherencias, resultando ser un quiste análogo al del lado opuesto, pero con mayor cantidad de excrecencias en su superficie. Las trompas no podían distinguirse. El útero, la vejiga, los uréteres y el recto quedaron intactos. En ningún sitio quedó excrecencia alguna, ni señal de tejido degenerado.

La hemorragia fué algo regular y la limpieza del peritóneo entretenida, pues procuré dejarlo bien seco de la sangre derramada y del líquido ascítico: quedaron unas quince ligaduras perdidas.

Habiendo cedido la hemorragia, apliqué la sutura y apósito correspondiente, quedando terminada la operación en hora y media. El prolapso del útero estaba reducido.

Fué trasladada la enferma á la cama, con el pulso filiforme, la respiración superficial, las extremidades con sudor frío y los labios y las conjuntivas decolorados: sin embargo, se logró, empleando todos los medios adecuados, una reacción bastante franca aunque hubo subdelirio durante todo el día é incontinencia de orina. Por la noche durmió algún rato, después de lo cual quedó la cabeza despejada. Durante el segundo día, hubo un estado nauseoso muy pronunciado, acompañado de algunos vómitos que se repitieron dos veces durante el tercero. El dolor de vientre pudo combatirse fácilmente y el meteorismo fué escaso.

La temperatura no pasó de 38'4. El pulso, que era de 120 el primer día, había descendido el cuarto á 90 y la respiración de 28 á 18. Desde este día la convalecencia fué rápida y favorecida por excelente apetito y fáciles digestiones. El edema de las piernas desapareció. Se quitó la sutura el décimo día y se levantó la enferma el décimo-quinto, pudiendo darla de alta á los veinticinco días de operada.

Durante el mes de Julio se formó un absceso en el ángulo inferior de la herida que supuró y curó rápidamente, dejando en dicho sitio una pequeña hernia abdominal.

La enferma engordó y mejoró notablemente, sin reproducirse el prolapso del útero ni la ascitis y estando libre de todo dolor é incomodidad.

A últimos de Agosto, sufrió un catarro gástrico-bilioso, acompañado de vómitos abundantes, biliosos, pertinaces, incoercibles y que se sostuvieron por espacio de veinte días; hubo al mismo tiempo una diarrea abundante, todo lo cual dejó á la enferma muy extenuada. Este estado cedió y la enferma se repuso completamente. Nunca se presentó la más insignificante ascitis.

Desde entonces ha seguido gozando una salud envidiable, y dada la fecha transcurrida puede considerarse radicalmente curada de una enfermedad que por sus caracteres anatómicos presentaba cierto aspecto de malignidad. La menstruación no ha reaparecido una sola vez.

LAPAROTOMÍA 10.—Observación 8.<sup>a</sup> *Francisca Torrents de Ferrer.*—

*Quiste unilocular del ovario derecho.—Adherencias epiplóicas.—Ovari-  
tomía el 9 de Julio de 1884.—En su domicilio.—Curación.*—De 40 años  
de edad y viuda hace cinco, nada importante refiere hasta que tuvo el  
primer parto seguido de locura puerperal, que terminó felizmente; al  
cabo de tres años y teniendo ella 28, tuvo el segundo parto normal. En  
distintas épocas de su vida refiere haber sufrido enfermedades del útero,  
manifestadas por incomodidades abdominales, leucorreas y menorragias,  
si bien es de notar que la menstruación nunca fué marcadamente disme-  
norréa. A los 33 años empezó á crecerle el vientre de un modo uni-  
forme y con lentitud, existiendo entonces un dolor fijo en la fosa iliaca  
derecha, que no le producía gran molestia; á los 35 el vientre presentaba  
un abultamiento regular y por entonces se hizo el dolor indicado más  
intenso, exasperándose con la deambulacion, de modo que la enferma  
lentamente se vió condenada á un quietismo casi absoluto; á los 33 años,  
había adquirido tal volumen el abdomen que fué necesario la paracentesis,  
saliendo 37 litros de líquido; no mejoró por esto su dificultad de andar  
ni el dolor, y el derrame se reprodujo con más rapidez que se había  
formado.

Su estado, antes de la operacion, era el siguiente: nutrición general  
buena, aparatos digestivo, respiratorio y renal, normales; vientre abul-  
tado y diagnóstico evidente de un quiste del ovario; en el útero existía  
un catarro intra-uterino con infarto del órgano; el sistema nervioso exci-  
table, susceptible, inteligencia despejada, imaginación viva; la deambu-  
lacion producía dolores abdominales y un desfallecimiento marcado; la  
fuerza muscular y la sensibilidad íntegras.

*Operación:* Incisión de 15 centímetros; abierto el peritóneo y recono-  
cida la falta de adherencias, procedí á la punción, que dió salida á 16 li-  
tros de líquido ligeramente oscuro. Al retirar el quiste apareció una  
adherencia epiplóica que después de dividida en dos partes, corté entre  
ligaduras. El pedículo era largo y regularmente grueso, presentando una  
torsión de una vuelta: dividido en tres partes y ligadas fuertemente, se  
cortó, con el cauterio, reintroduciéndolo en la cavidad del abdomen.  
Limpio el peritóneo y aplicada la sutura con el apósito correspondiente,  
había durado la operacion 35 minutos.

La reacción fué franca, el dolor poco y los vómitos escasos. La mayor  
temperatura fué de 38 grados, el pulso no llegó á 100 y la respiración  
fué siempre normal. La única complicación que presentó fué un insom-  
nio pertinaz que se sostuvo durante cinco días seguidos, y cedió á fuer-  
tes dosis de bromuro potásico. Se quitaron las suturas al noveno día y  
fué dada de alta á los veintiuno.

El dolor intenso de la fosa iliaca derecha desapareció casi del todo, y  
los primeros días después de operada, la deambulacion era más libre,  
pero á los dos meses, el más pequeño cansancio provocaba dolores abdo-  
minales, que eran una gran molestia para la enferma. Los periodos

menstruales continuaron abundantes y adelantándose cuatro á seis días.

Actualmente, aunque libre del tumor abdominal, continúa en el mismo estado: no puede soportar fatiga alguna, física ni intelectual, si bien estando tranquila y quieta se halla libre de grandes molestias; los viajes en carruaje y en tren no la alteran lo más mínimo y en cambio cualquier ejercicio corporal ó impresión moral un poco fuerte, la colocan en un estado de excitación nerviosa muy cercano del histerismo. Todos estos fenómenos son sostenidos, en mi concepto, de un lado, por la afección uterina que persiste aún, á falta de un tratamiento adecuado seguido con constancia, de otro, por su predisposición neuropática, y finalmente, por una infinidad de circunstancias que la rodean y que son para ella una atmósfera moral sumamente perniciosa, á la cual no puede sustraerse.

**LAPAROTOMÍA 14.**—Observación 9.<sup>a</sup> *Ramona Batista.*—*Quiste simple del ovario derecho.* — *Ovariotomía el 6 de Febrero de 1885.* — *En mi clínica.*—*Curación.*—De 32 años, casada, no refiere antecedentes dignos de mención. La menstruación, regular, ha sido interrumpida en los once años que lleva de matrimonio, por tres embarazos y partos normales: el último data de tres años y medio, habiendo notado que el vientre le quedó más abultado que en los partos anteriores. Este abultamiento fué creciendo lentamente, sin ofrecerse ningún desarreglo menstrual ni dolor, más que la incomodidad del volumen abdominal.

Antes de la operación se presentaba algo flaca, con temperamento linfático, pero sin ninguna alteración notable en su economía, excepto el quiste cuyo diagnóstico era fácil é indudable.

*Operación.*—Incisión de 12 centímetros; abierto el peritóneo y reconocida la falta de adherencias, puncioné el tumor y salieron 9 litros de líquido ligeramente colorado. Se extrajo el quiste fácilmente, pues no existía ninguna adherencia, se ligó y cauterizó el pedículo dejándolo libre en la cavidad abdominal, procedí á la limpieza del peritóneo, pues tengo por costumbre hacerlo aunque no haya habido derrame de ninguna clase, apliqué la sutura y el apósito y quedó terminada la operación en 25 minutos.

La reacción fué franca: el primer día alcanzó el pulso 128, 38<sup>o</sup><sub>4</sub> la temperatura y 28 la respiración, pero al finalizar el segundo día había 96 pulsaciones, 38<sup>o</sup> de temperatura y 20 respiraciones, sin que se presentase ninguna alteración en toda la convalecencia, que fué rápida. Los tres primeros días el dolor abdominal fué algo pertinaz; los vómitos escasos. La molestia más grande de la convalecencia fué una cistitis intensa producida por el cateterismo repetido durante los cinco primeros días, ya que la enferma no podía orinar, siendo esto debido á la presencia en la habitación cuando menos de la Hermana, circunstancia que se descubrió por casualidad y que la misma enferma ignoraba, fenómeno que no deja de presentarse algunas veces y que constituye un obstáculo invencible por parte de las enfermas. Presentóse también, como fenó-

meno inusitado, aun antes de la cistitis, la expulsión de la vejiga de una regular cantidad de gases inodoros: la cistitis cedió cuando dejó de practicarse el cateterismo.

Los puntos de sutura se quitaron el noveno día; se levantó á los catorce y fué dada de alta á los veintiuno. Los periodos menstruales han seguido con regularidad y actualmente continúa con perfecta salud.

LAPAROTOMÍA 17.— Observación 10. *Francisca Manich.*—*Quiste fibrinoso glandular del ovario izquierdo.*—*Adherencias íntimas á toda la pared anterior y á todo el epiploon.*—*Ovariectomía el 8 de Julio de 1885.*—*En mi clínica.*—*Muerte á las 48 horas.*—De 36 años, casada, habiendo tenido cinco hijos y sufrido aplicación de forceps en uno de los partos, no ofrece antecedentes patológicos dignos de interés, y refiere que: después del último parto, hace 10 años, menstruó con regularidad como lo hiciera antes; al cabo de 3 años, ó sea hace 7, experimentó dolores tolerables en la pelvis y comenzó á notar que el vientre le aumentaba de volumen de un modo uniforme, que fué acentuándose lentamente hasta que hace 2 años presentaba un volumen enorme que la incomodaba sobre manera, no por los sufrimientos que experimentara sino por el obstáculo que le ofrecía. Por aquella época, se estacionó durante un año el crecimiento del tumor, pero luego, ó sea durante el último año antes de la operación, emprendió nuevamente rápido desarrollo acompañado de dolores intensos en todo el vientre y de inflamaciones en la piel de la región infra-umbilical: á pesar de todo, la función menstrual seguía normal y la enferma, exceptuando los últimos seis meses, se dedicó á sus quehaceres domésticos con más ó menos dificultad.

La ví por primera vez, un mes antes de operarla, y hacía dos meses que guardaba cama por serle imposible la marcha á consecuencia del peso del abdomen: mujer de escasa talla, estaba regularmente nutrida, conservaba buen color y la fuerza muscular estaba íntegra; el pulso regular y desplegado y la respiración superficial y frecuente por la presión intra-abdominal del tumor. El vientre presentaba tal volumen, que la enferma puesta de pié, difícilmente podía conservar el equilibrio y su peso enorme la fatigaba mucho, motivo por el cual no le era posible la deambulacion. La compresión del estómago hacía tolerables tan sólo insignificantes cantidades de alimentos líquidos. La secreción renal escasa, pero normal: El vientre presentaba un volumen enorme: en forma de zurrón, llegaba hasta cerca las rodillas, y por arriba, se levantaba al nivel de la base del tórax: su circunferencia al nivel del ombligo era de 175 centímetros, y desde el apéndice xifoides al pubis, dando la vuelta por la parte declive del tumor, 120 centímetros; todo el vientre era mate, excepto el vacío izquierdo, en cualquier decúbito; la fluctuación manifiesta, pero sólo en ciertas zonas: la región del bazo sumamente dolorosa y la piel de la región infra-umbilical engrosada y elefantísiaca, á consecuencia de las repetidas linfangitis que había sufrido.

En vista de este cuadro, decidí practicar una punción paliativa antes de proceder á la ovariectomía, extrayendo 16 litros de líquido acafetado, con lo cual la enferma respiró bien, pudo alimentarse mejor, aunque no con toda facilidad, por existir una atonía marcada del aparato digestivo, y se levantó, aun conservando el vientre el volúmen como en los quistes del ovario de grandes dimensiones. El dolor de la región esplénica no desapareció. Veinte días después de la punción, procedí á la ovariectomía, encontrándose la enferma en condiciones generales bastante satisfactorias.

*Operación.*— Hecha una incisión de 18 centímetros por debajo del ombligo y en la línea media, encontré el tejido celular subcutáneo sustituido por tejido fibroso denso, consecutivo á las flegmasias anteriores, y confundido también con el peritóneo; la piel y el tejido fibroso subcutáneos presentaban en esta región un grosor que apenas llegaría á un centímetro y el peritóneo estaba engrosado é identificado con la pared del quiste. Al incidir el peritóneo abrióse un boquete en el quiste, por el cual empezó á salir el líquido oscuro de su contenido, con filamentos fibrinosos: lo cerré aplicando una pinza en T y fuí disecando en toda la longitud de la incisión para descubrir el intersticio entre las paredes del tumor y la serosa, que creí encontrarlo equivocadamente separando dos láminas de tejido conjuntivo subperitoneal; aunque con dificultad, procuré separar los tejidos por esta falsa vía, hasta cuatro centímetros de distancia por cada lado de la incisión y en la parte media de la misma, y ante resistencias casi insuperables, desistí de mi empeño y prolongué la incisión cuatro centímetros hacia arriba y tres hacia abajo, para encontrar un límite á las adherencias, habiéndolo hallado en este último sitio. Entonces empecé á desprender adherencias parietales que eran íntimas y resistentes, y observé el error que antes cometiera, debido á que en aquel sitio la pared del tumor era delgadísima (una membrana de 2 milímetros de grosor y completamente identificada con el peritóneo) por más que el resto de las paredes del tumor ofrecía un grosor bastante regular y en algunos puntos de más de un centímetro. Desprendidas las adherencias parietales, con bastante dificultad y producción de hemorragia, y que se extendían por toda la pared anterior hasta muy por encima del ombligo, vacié el quiste y lo extraje sin dificultad, pues no tenía adherencias superiores, ni en la pared posterior, ni en la pelvis. Con el quiste se hernió el epiploon en masa, muy engrosado y congestionado y fuertemente unido hacia la parte posterior y superior izquierda del tumor. Aplicando al epiploon unas seis ó siete ligaduras y cortando sus adherencias muy vasculares con el termo-cauterio, quedó el quiste libre y unido tan sólo á su pedículo, que era largo, regularmente grueso y muy vascular: se ligó éste fuertemente y, una vez cortado y cauterizado, se reintrodujo dentro del abdomen.

Procedí en seguida á limpiar escrupulosamente el peritóneo, por si

había penetrado líquido del quiste en su cavidad, y encontré una hemorragia intensa y rebelde, que tenía lugar en el peritóneo parietal correspondiente á la zona de la fosa ilíaca derecha, donde las adherencias habían sido muy resistentes; habiendo fracasado para cohibirla el aceite esencial de trementina, el percloruro de hierro, la torsión de las boquillas abiertas y escurriéndose las ligaduras, recurrí al termo-cauterio que, produciendo una escara extensa, triunfó de la hemorragia.

Seco y limpio el peritóneo, y seguro de que no existía hemorragia, apliqué la sutura y el vendaje, después de haber puesto un punto de sutura de colchonero á cada lado, para dejar aplicada la pequeña porción de peritóneo despegado, habiendo durado la operación hora y media.

El quiste, de paredes gruesas, excepto en el punto antes mencionado, es un magnífico ejemplar de quiste glandular, con centenares de quistes secundarios de diferente volumen en su interior, en donde existían grandes depósitos de fibrina. Se extrajeron 24 litros de líquido.

La operación había terminado á las 11 de la mañana: la reacción fué fácil y rápida. Para que se vea el curso que siguió hasta su fin, extractaré concisamente, de la hoja clínica, las observaciones tomadas á la cabecera de la enferma cada seis horas:

Día 8. A las 12 del día.—Una hora después de la operación. T. 37°. P. 88. R. 22. Había tenido un vómito. Cabeza despejada. Piel caliente. Algún dolor abdominal. La reacción es completa y franca.

A las 6 de la tarde.—T. 39'5°. P. 116. R. 26. No ha tenido vómitos en el intervalo. Dolor moderado. Ha expelido con el cateterismo 170 gramos de orina algo colorada. Piel húmeda. Pulso regular y desplegado. Cabeza íntegra. Dormita á ratos.

A las 12 de la noche.—T. 39'1°. P. 116. R. 22. Ha expelido en el intervalo 70 gramos de orina. Escaso dolor. Náuseas. Hipo superficial. Pulso regular y desplegado. Transpiración cutánea buena. Lengua húmeda. Palpación abdominal poco dolorosa. Sin meteorismo. Permanece tranquila.

Día 9. A las 6 de la mañana.—T. 39'3°. P. 114. R. 32. Pulso regular, pero menos desplegado. Expele 90 gramos orina de coloración subida. Sed marcada. Ligero dolor. Menos hipo. Expulsión de gases por el recto. Ha dormido algún rato. Aspecto general satisfactorio.

A las 12 del día.—T. 39'1°. P. 120. R. 28. Ha orinado 85 gramos de coloración casi normal. Transpiración regular. Color agradable. Cabeza despejada. Pulso pequeño. Lengua húmeda. Rostro algo desencajado. Sin dolor ni náuseas. Escaso meteorismo.

A las 6 de la tarde.—T. 39'1°. P. 135. R. 37. 120 gramos de orina algo turbia. Continúa la sed. No hay náuseas ni hipo. Piel poco caliente en los extremos inferiores y húmeda en los superiores. Está algo angustiosa. Vientre indoloro, excepto en la fosa ilíaca derecha donde es muy viva la sensibilidad á la presión. Cólicos fugaces. Pulso regular y débil.

A las 12 de la noche.—T. 39'5°. P. 138. R. 37. 140 gramos de orina. Pulso regular. Calor bien repartido. Estado nauseoso á ratos. Algunas veces hipo. Dolor fuerte en la parte derecha del abdomen. Lengua menos húmeda y sed.

Día 10. A las 6 de la mañana.—T. 40°. P. 136. R. 37. Ha dormido dos horas y media seguidas. Cabeza despejada. Sin dolor abdominal. Ligeras náuseas. Poco meteorismo. Lengua enjuta y sed intensa. Mucosa labial rojiza. Pulso regular con tendencia á hacerse remitente. Continúa la transpiración. La piel se enfría fácilmente.

A las 12 del día.—T. 37'3°. P. 76. R. 40. Pulso pequeño. Respiración fatigosa. Sed insaciable. Sin dolor ni hinchazón abdominal. Sudor frío en las extremidades superiores y cabeza: en las inferiores calor normal. Inteligencia despejada y sensación de bienestar. Fallece á las dos sin que en los últimos momentos aumentara el calor central ni el número de pulsaciones: la inteligencia clara hasta el fin.

No se practicó la autopsia: la herida no presentaba ninguna complicación; quitando un punto de sutura pudo observarse la unión de los labios de la herida. El vientre estaba sin induración ni nada anormal, exteriormente perceptible, en ningún sitio.

No hablo de los recursos terapéuticos empleados, porque todos fueron inútiles. Ni mis compañeros ni yo, observando atentamente la enferma, supimos ver síntomas de una hemorragia, que autorizase la reapertura de la cavidad abdominal.

Prescindo de todo comentario, pues, con los datos expuestos, cada cual puede clasificar la causa de este funesto desenlace: lo que con mayor razón puede admitirse, es una peritonitis séptica de forma y de curso anormales y bastante enmascarados. Sólo diré, que por la parte que en estos fenómenos pudiera haber á la infección, se dejó la habitación desocupada durante tres meses, se quemó azufre en abundancia dentro de la misma, se lavó todo con solución de bicloruro de mercurio y se repintó por completo, según se hace en mi clínica siempre que ocurre un percance de esta índole, cualquiera que sea la causa, con objeto de evitar toda probabilidad de contagio. La enferma, que después de esta ocupó la misma habitación, operada de laparotomía, no sufrió ninguna complicación.